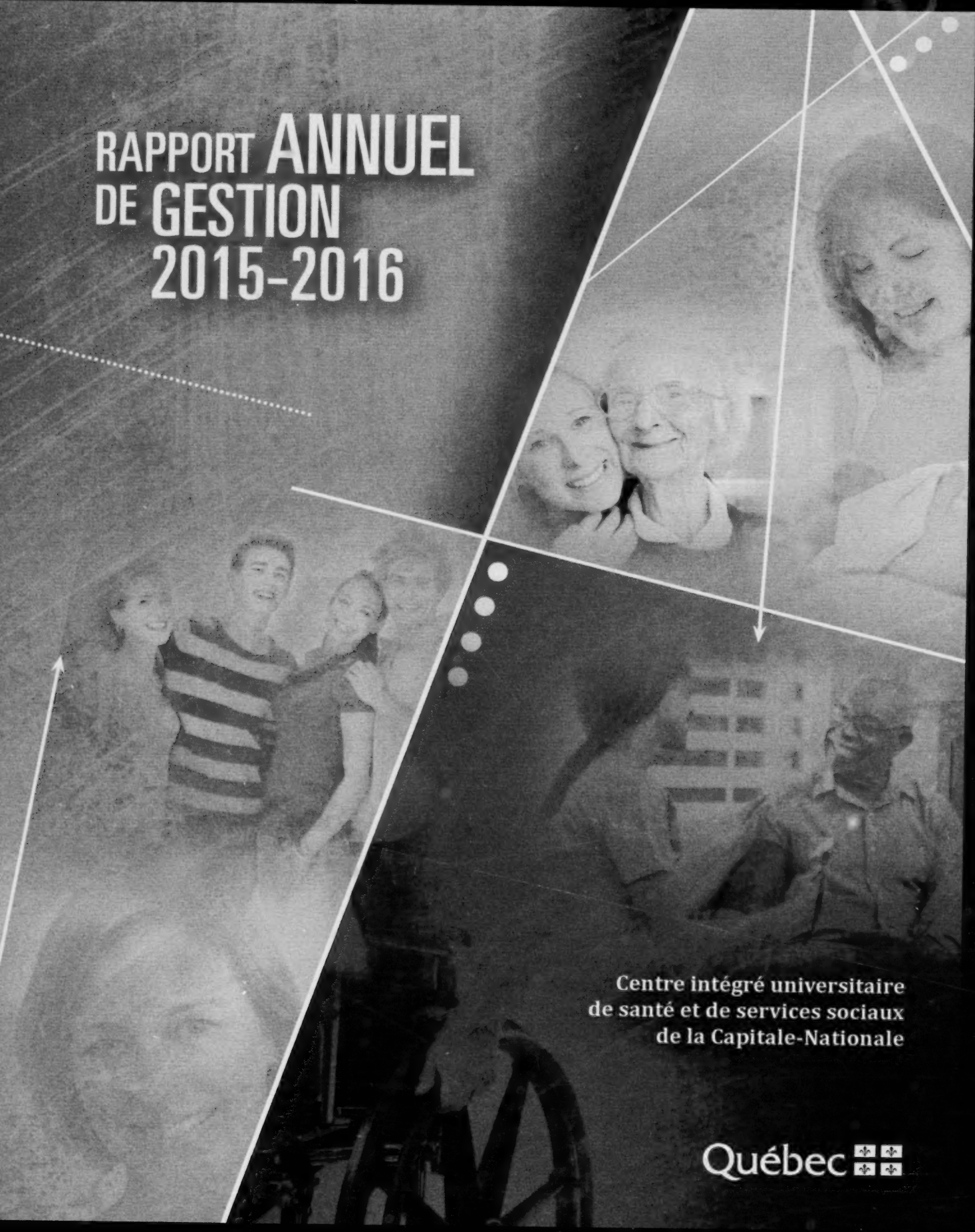
RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2015-2016



Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

Les genres masculin et féminin sont utilisés sans discrimination et dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal : 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-76669-8 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS 5

2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 6

3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS 7

3.1 L'ÉTABLISSEMENT 7

3.2 LES INSTITUTS UNIVERSITAIRES 9

3.3 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES 9

3.3.1 Conseil d'administration 9
3.3.2 Comité de vigilance et de la qualité 10
3.3.3 Comité de gestion des risques 12
3.3.4 Comité de gouvernance et d'éthique 15
3.3.5 Comité de vérification 16
3.3.6 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 16
3.3.7 Comité d'examen des titres 18
3.3.8 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique 19
3.3.9 Comité de pharmacologie 19
3.3.10 Comité régional des services pharmaceutiques 19
3.3.11 Comité de direction du département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale (DRMG) 21
3.3.12 Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) 22
3.3.13 Conseil multidisciplinaire 23
3.3.14 Conseil des sages-femmes 24
3.3.15 Comité consultatif du Jeffery Hale–Saint Brigid's 25
3.3.16 Autres comités 25

3.4 LES FAITS SAILLANTS 26

3.4.1 Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique 26
3.4.2 Équipe de l'adjoint au président-directeur général et des relations avec les médias 29
3.4.3 Direction des ressources humaines et des communications 29
3.4.4 Direction des affaires juridiques et institutionnelles 31
3.4.5 Direction des ressources financières 31
3.4.6 Direction de santé publique 31
3.4.7 Direction du programme jeunesse 33
3.4.8 Direction de la protection de la jeunesse 34
3.4.9 Direction des programmes santé mentale et dépendances 34
3.4.10 Direction des programmes déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et déficience physique 35
3.4.11 Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées 36
3.4.12 Direction des services multidisciplinaires 37
3.4.13 Direction des services professionnels 37
3.4.14 Direction des soins infirmiers 38
3.4.15 Direction de l'enseignement et des affaires universitaires 39
3.4.16 Direction de la recherche 39

3.4.17 Direction des services techniques 40
3.4.18 Direction de la logistique 41
3.4.19 Direction des ressources informationnelles 41

4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 42
4.1 ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ – LES RÉSULTATS 43
4.2 LES ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT 48

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ 65
5.1 L'AGRÉMENT 65
5.2 LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES 65
5.2.1 Mesures de contrôle 65
5.2.2 Recommandation du coroner 65
5.3 LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT 66
5.4 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS 66
5.5 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION 68

6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE 69

7. LES RESSOURCES HUMAINES 72
7.1 LES RESSOURCES HUMAINES DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE 72
7.2 LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS 73

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES 75
8.1 LES ÉTATS FINANCIERS 75
8.1.1 Rapport de la direction 76
8.1.2 Rapport de l'auditeur indépendant 80
8.1.3 Résultats financiers 82
8.1.4 Sommes reçues par dons, legs et autres formes de contributions 88
8.1.5 Notes complémentaires aux états financiers 88
8.2 TOTAL DES CHARGES ENCOURUES POUR CHAQUE PROGRAMME-SERVICES 89
8.3 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE 97
8.4 LES CONTRATS DE SERVICES 97

9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT 98

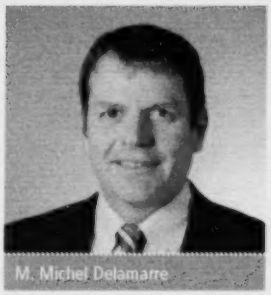
10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 103

ANNEXE I : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 116

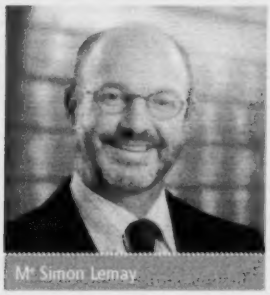
ANNEXE II : SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS 139

ANNEXE III : NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS 141

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS



M. Michel Delamarre



Me Simon Lemay

C'est avec beaucoup de fierté et de plaisir que nous vous présentons ce premier rapport annuel de gestion du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. Né de la fusion ou de l'intégration d'établissements de santé et de services sociaux, le CIUSSS de la Capitale-Nationale constitue un établissement d'envergure et l'un des plus importants au Québec avec plus de 16 000 employés, son budget de l'ordre de 1,3 milliard, sa mission universitaire et ses quatre instituts associés à quatre centres de recherche.

Au cours de cette première année, le conseil d'administration et la haute direction du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont travaillé à jeter les bases de cette nouvelle organisation, principalement par l'adoption d'une structure organisationnelle et la nomination de tous les gestionnaires. Malgré ces changements importants, les soins et les services à la population ont été maintenus et, dans certains cas, améliorés. Notre structure administrative a été allégée de façon à en diminuer les paliers tout en misant sur une gestion de proximité.

Nos instances décisionnelles et professionnelles ont été mises en place et se sont rapidement mises à l'œuvre afin de se munir de mécanismes de gestion, de consultation et de reddition de comptes nécessaires à la saine gouvernance de l'établissement.

Nous avons également convenu rapidement de l'importance d'uniformiser nos services, qu'ils soient offerts dans Portneuf, Charlevoix ou dans la région de Québec. Pour ce faire, les expertises développées dans chacune de ces régions doivent être mises en commun afin que la population de toute la Capitale-Nationale puisse en bénéficier collectivement. Nous devons aussi travailler à améliorer l'accessibilité aux services et à simplifier le parcours de l'usager pour mieux répondre à ses besoins. C'est une des priorités du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour 2016-2017.

Enfin, au cours de la dernière année, nous avons déterminé les piliers sur lesquels prendra assise la transformation que nous amorçons. Ils sont au nombre de cinq : les continuums intégrés de soins et de services performants, l'accès unique et standardisé aux soins et aux services, le système de gestion de la qualité des soins et des services, le déploiement et l'utilisation de systèmes unifiés d'information liés aux pratiques cliniques et administratives et la gestion intégrée et optimisée de la dotation, du remplacement et de la présence au travail.

Vous trouverez donc, dans ce premier rapport annuel de gestion, les informations qui vous permettront de mesurer le travail réalisé lors de cette première année d'existence du CIUSSS de la Capitale-Nationale, mais aussi de prendre connaissance des résultats obtenus au regard des priorités ministérielles pour lesquelles nous avons des obligations.

Nous tenons à remercier les gestionnaires et les employés pour leur collaboration et leur travail soutenu pendant cette première année marquée autant par des changements organisationnels que personnels. Nous remercions également les membres du conseil d'administration qui se sont rapidement investis pour remplir leur mandat et leurs rôles et assumer leurs responsabilités liées aux nombreuses missions du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le président-directeur général,

Michel Delamarre

Le président du conseil d'administration,

Simon Lemay

2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

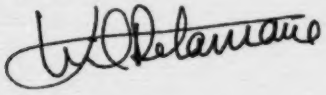
À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats ;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2016.

Le président-directeur général,



Michel Delamarre

3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

3.1 L'ÉTABLISSEMENT

Le 1er avril 2015, à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale était officiellement constitué à partir de onze établissements de la région, dix établissements fusionnés et un établissement regroupé.

Les établissements fusionnés

1. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
2. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
3. Centre de réadaptation en dépendance de Québec
4. Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix
5. Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
6. Centre de santé et de services sociaux de Portneuf
7. Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
8. Centre jeunesse de Québec–Institut universitaire
9. Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
10. Institut universitaire en santé mentale de Québec

L'établissement regroupé

1. Jeffery Hale–Saint Brigid's

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale est un établissement multivocationnel au cœur d'un important réseau local de services. Il offre des services à une population de 737 787 personnes dans 203 installations de la région, de Charlevoix à Portneuf, dont :

- 30 centres d'hébergement ;
- 27 CLSC ;
- 7 salles d'urgence en santé physique et 3 salles d'urgence en psychiatrie ;
- 7 foyers de groupe pour les jeunes ;
- 5 unités de médecine familiale.

Se trouvent également sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- 766 ressources intermédiaires et de type familial ;
- 161 résidences privées pour aînés ;
- 22 résidences à assistance continue pour des usagers présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ;
- 29 groupes de médecine de famille ;
- 9 cliniques-réseau.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale se distingue par ses quatre centres désignés « institut universitaire » :

- Le Centre jeunesse de Québec–Institut universitaire ;
- L'Institut universitaire en réadaptation physique de Québec ;
- L'Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux ;
- L'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

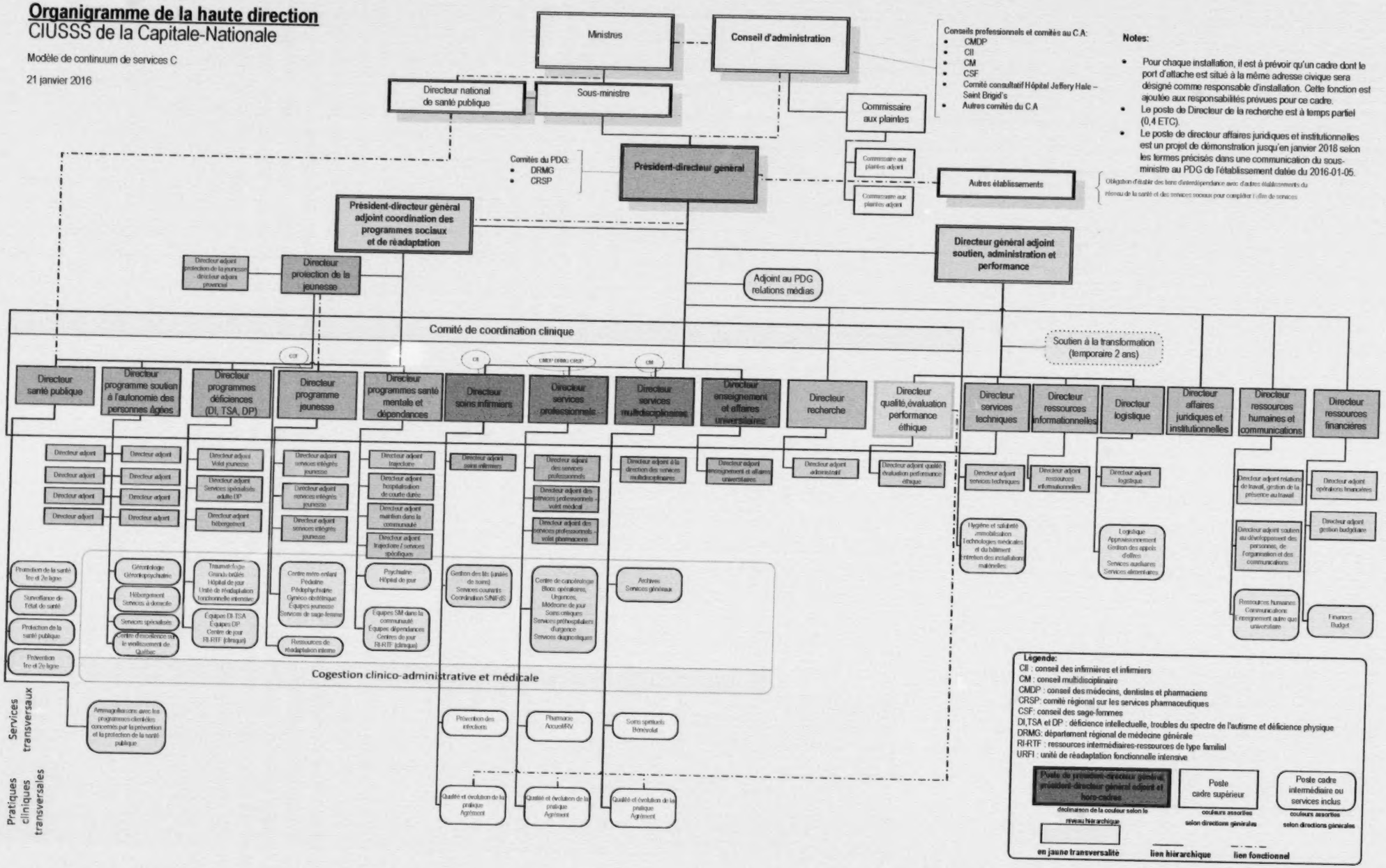
Services offerts

Dans la perspective d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire, le CIUSSS de la Capitale-Nationale offre :

- Des services généraux, notamment des services de prévention, d'évaluation, diagnostiques et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement ;
- Certains services spécialisés et surspécialisés ;
- Des services suprarégionaux tel le Centre antipoison du Québec.

De plus, il établit, en concertation avec tout autre établissement public concerné, tous les corridors de services régionaux ou interrégionaux requis pour répondre aux besoins de la population de son territoire.

STRUCTURE DE L'ORGANISATION DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE AU 31 MARS 2016



www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/organigramme-de-la-haute-direction-du-ciusss-de-la-capitale-nationale

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale regroupe :

- 16 000 employés ;
- 525 gestionnaires ;
- 5198 stagiaires ;
- 1041 médecins ;
- 17 dentistes ;
- Des centaines de bénévoles.

Vision

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale poursuit des objectifs de qualité et de performance en plaçant la santé de la population au centre de ses décisions et de ses actions.

3.2 LES INSTITUTS UNIVERSITAIRES

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a intégré quatre instituts universitaires lors de sa création. Leur développement s'actualise à travers des activités de recherche, d'enseignement, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention, de développement de pratiques de pointe, de transfert de connaissances et de rayonnement.

Institut de réadaptation physique de Québec (IRDPQ)

Désigné institut universitaire en 1995, le champ d'expertise de l'IRDPQ est l'adaptation, la réadaptation et le développement d'une communauté inclusive. En 2000, la création du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) a constitué un élément majeur de reconnaissance des activités de recherche qui se réalisaient déjà depuis plusieurs années dans cet institut.

Centre jeunesse de Québec–Institut universitaire (CJQIU)

Désigné institut universitaire en 1995, le CJQIU vise l'avancement des connaissances sur les jeunes et leur famille afin d'améliorer les services qui leur sont offerts. Le CJQIU assume un leadership dans cette sphère, complémentaire à celui du Centre jeunesse de Montréal–Institut universitaire. Ces deux instituts universitaires rendent accessible, au réseau des centres Jeunesse maintenant intégrés aux CISSS et aux CIUSSS, toute leur production de connaissances et d'expertises innovantes par l'entremise du Réseau universitaire intégré en jeunesse.

Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux (IUPLSSS)

Désigné institut universitaire en 2015, le champ d'expertise de l'IUPLSSS consiste dans le développement de pratiques intégrées en santé et en services sociaux de première ligne. La création du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) en 2013 a permis de fédérer les forces vives de la recherche en première ligne de la région de Québec.

Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)

Désigné institut universitaire en 2006, le créneau d'expertise de l'IUSMQ est le dépistage et l'intervention précoce en neurosciences et en santé mentale. Le centre de recherche de l'IUSMQ vise l'avancement des connaissances sur les causes et les traitements des maladies neuropsychiatriques infantiles, adultes et gériatriques, au moyen d'un centre de haute technologie sur le neurone et le cerveau.

3.3 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

3.3.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a mis en place le conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale le 1er octobre 2015. Dès lors, des rencontres de travail se sont déroulées et une formation a été organisée de manière à ce que les membres du C. A. puissent s'approprier leur rôle de même que les responsabilités et les mandats dans le cadre de la création du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Membres du conseil d'administration au 31 mars 2016

Membres désignés

- → Mme Sylvie Charbonneau, comité régional sur les services pharmaceutiques
- → Dre Suzie Lévesque, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- → Mme Marie-Christine Perron, conseil des infirmières et infirmiers
- → M. Jean-Guy Rochefort, conseil multidisciplinaire
- → M. Mario Alain, représentant des fondations
- → Mme Véronique Vézina, comité des usagers

Membres nommés

→ M. Rénald Bergeron,
universités affiliées

→ M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

→ Mme Lucie Germain,
universités affiliées

Membres indépendants

→ M. Jean Brown,
compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines

→ Mme Monique Carrière,
expertise en santé mentale

→ M. Didier Culat,
compétence en vérification, en performance ou en gestion de la qualité

→ M. Jean-Pascal Gauthier,
compétence en gestion des risques, en finance et en comptabilité

→ M. Normand Julien,
expertise en réadaptation

→ M. Gilles Hamel,
Direction régionale de médecine générale

→ M[e] Simon Lemay,
président du conseil d'administration, expertise en protection de la jeunesse

→ Mme Line Plamondon,
expertise dans les organismes communautaires

→ M. Serge Savaria,
expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

→ Mme Catherine Truchon,
expertise en réadaptation

→ Mme Diane Truchon-Mailloux,
compétence en gouvernance ou en éthique

Le C. A. a tenu quatre séances ordinaires et trois séances spéciales en 2015-2016.

Principaux sujets abordés lors des séances ordinaires

- Élections des officiers du conseil d'administration
- Création des comités du conseil d'administration
- Nominations, modifications de statuts et démissions de médecins
- Suivi des résultats financiers
- Adoption du Règlement sur la protection de la jeunesse et sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse
- Portrait de santé de la population de la Capitale-Nationale
- Adoption du Règlement sur la régie interne du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale
- Adoption de l'organigramme final du CIUSSS de la Capitale-Nationale
- Adoption du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale
- Stratégie de mise en œuvre et de déploiement visant l'harmonisation des dénominations des installations et mise à jour de leur permis
- Rapport trimestriel sur la gestion des risques
- Rapport d'agrément du CSSS de Charlevoix
- Rapport d'agrément du Centre jeunesse de Québec

En 2015-2016, aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale n'a été constaté.

Le *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration* se trouve à l'annexe I et peut être consulté à www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/code-dethique-et-de-deontologie-des-administrateurs-du-conseil-dadministration.

3.3.2 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Composition du comité

L'article 29 du Règlement sur la régie interne du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale prévoit l'institution du comité de vigilance et de la qualité et sa composition. Ainsi, le comité de vigilance et de la qualité a été institué le 17 novembre 2015. Il est composé des membres suivants :

→ Madame Monique Carrière,
vice-présidente du C. A. du CIUSSS de la Capitale-Nationale et présidente du comité de vigilance et de la qualité ;

→ Monsieur Normand Julien,
administrateur du C. A. du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;

→ Madame Véronique Vézina,
administratrice du C. A. du CIUSSS de la Capitale-Nationale et personne désignée par le comité des usagers ;

→ M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;

→ Mme Dominique Charland,
commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de vigilance et de la qualité est soutenu par Mme Natalie Petitclerc, directrice générale adjointe, soutien, administration et performance.

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à trois reprises au cours de l'année 2015-2016.

Responsabilités générales

À l'article 181.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), il est mentionné que le comité de vigilance est principalement responsable d'assurer, auprès du conseil d'administration (C. A.), le suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé ou de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la LSSS ou de la Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

À l'exception des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le comité de vigilance est responsable de coordonner l'ensemble des activités des instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités relatives à la pertinence, à la qualité, à la sécurité ou à l'efficacité des services rendus dans l'établissement, au respect des droits des usagers ou au traitement de leur plainte, et d'assurer le suivi de leurs recommandations.

Le comité de vigilance veille également à ce que le C. A. s'acquitte, de façon efficace, de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment à l'égard de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services offerts dans l'établissement, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes, en conformité aux paragraphes 1 et 2 de l'article 172 de la LSSS.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit, notamment :

- Recevoir et analyser les rapports et les recommandations transmis au C. A. et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes ;
- Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler des recommandations au C. A. ;
- Faire des recommandations au C. A. sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers ;
- Assurer le suivi auprès du C. A. de l'application, par ce dernier, des recommandations que le comité de vigilance et de la qualité lui a faites dans l'exercice de ses fonctions ;
- Favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes ;
- Veiller à ce que la commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente ;
- Exercer toute autre fonction que le C. A. juge utile au respect du mandat portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes.

Bilan des actions de l'année 2015-2016

Les principales actions menées par le comité de vigilance et de la qualité au cours de l'année sont les suivantes :

Fonctionnement du comité

Lors de sa première rencontre, le comité a pris connaissance des responsabilités liées à son mandat et établi ses règles de fonctionnement, notamment en désignant la présidente du comité, Mme Monique Carrière. À la réunion du 28 janvier 2016, un plan d'action sommaire des dossiers à soumettre au comité a été présenté. Ce plan couvrait la période de février à juin 2016.

Mise sur pied du Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

La création du CIUSSS de la Capitale-Nationale entraîne le regroupement, au sein d'un seul bureau, des services offerts auparavant par onze commissaires aux plaintes et à la qualité des services dans la région de la Capitale-Nationale. Le Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services compte actuellement cinq équivalents temps complet (ETC), et les ressources seront ultérieurement ajustées en fonction des besoins. Le C. A. a également procédé à la nomination du commissaire adjoint. Un des défis de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est de faire connaître ses services dans une toute nouvelle organisation couvrant un territoire étendu. Le comité de vigilance et de la qualité a fait le suivi de l'organisation du Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services tout au long de l'année 2015-2016.

Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers

À la réunion du 28 janvier 2016, le comité a examiné et commenté le projet de règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers. Sur recommandation du comité, le C. A. a approuvé le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers à sa réunion du 8 mars 2016.

Rapports statutaires de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Comme le prévoit la LSSS, le comité a analysé les rapports statutaires de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et s'est assuré de l'actualisation des suivis. Il s'est également assuré que les démarches sont effectuées afin de nommer un médecin examinateur. Le processus est en cours.

Rapport trimestriel

Le comité a analysé les rapports trimestriels sur la gestion des risques et la qualité des services des périodes 1 à 3, 4 à 6 et 7 à 9. Il s'est aussi assuré du suivi des différentes recommandations. L'ensemble des rapports trimestriels a été déposé au C. A., comme prévu.

Processus de certification et de renouvellement des résidences privées pour personnes âgées et suivi intégré de la qualité

Une présentation du processus de certification et de renouvellement des résidences privées pour personnes âgées a eu lieu. La Direction de l'évaluation, de la qualité, de la performance et de l'éthique a profité de cette occasion pour présenter la démarche Kaizen sur le suivi de la qualité en résidence privée pour les personnes âgées réalisée en décembre 2015. Un plan d'action est en cours d'actualisation.

Proposition du modèle de comité de gestion des risques

Le comité a approuvé le modèle du comité de gestion des risques du CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi que la création de six sous-comités par programme-service.

Proposition d'un modèle d'éthique clinique

Le modèle d'éthique clinique élaboré par le CIUSSS de la Capitale-Nationale a été présenté au comité de la vigilance et de la qualité lors de sa rencontre du 11 février 2016.

3.3.3 COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Composition du comité

La fin de l'année 2015-2016 marque une étape importante pour le comité de gestion des risques. En effet, ses membres ont été nommés et tout est en place afin qu'il puisse assumer son rôle et ses responsabilités. Une première rencontre s'est ainsi tenue en avril 2016. Pour ce faire, la Direction de l'évaluation, de la qualité, de la performance et de l'éthique a travaillé, durant l'année 2015-2016, à établir les assises pour assurer une gestion des risques rigoureuse à la grandeur de l'établissement.

Proposition d'un modèle

Un modèle de comité de gestion des risques a été présenté et accepté par le comité de direction et le comité de vigilance et de la qualité. Ce modèle propose une structure à deux plans. On y trouve, sur le plan stratégique, des représentants de plusieurs directions et de diverses instances telles que les conseils professionnels, et des représentants des usagers. Sur le plan tactique, le modèle prévoit six sous-comités, soit un par programme-service. Ces sous-comités seront composés de représentants des programmes, mais aussi d'intervenants ayant des expertises dans les domaines connexes aux risques potentiels des divers services.

Politiques, règlements et procédures

Le comité de direction a adopté la Politique de déclaration des événements indésirables et le Règlement sur la divulgation afin qu'ils puissent être soumis au comité de vigilance et de la qualité et, par la suite, au conseil d'administration. Il en est de même pour le Règlement du fonctionnement du comité de gestion des risques.

Le comité de direction a adopté la Politique sur l'identification des usagers. Cette politique s'inscrit dans les pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada.

Système local de surveillance

Le système local de surveillance regroupe les bases de données des dix anciens établissements. En 2015-2016, les données ont été traitées sous la base de ces anciens établissements. Le système a permis de produire des rapports trimestriels pour le comité de vigilance et de la qualité. Les membres de ce comité en ont fait l'analyse et se sont assurés du suivi des recommandations.

Les principaux risques

Le registre local et le suivi des événements majeurs ont permis de cerner les actions prioritaires. Le tableau suivant présente les catégories d'événements survenus au cours de l'année 2015-2016. Les catégories Chutes et quasi chutes et Erreurs de médicaments comptent le plus d'événements. Dans les deux cas, des comités de travail sont à élaborer des plans d'action qui auront pour objectif de prévenir ces incidents et accidents.

CATÉGORISATION DES ÉVÉNEMENTS SURVENUS EN 2015-2016

	Catégorie d'événements									
Établissement	Chutes et quasi chutes	Erreurs de médicaments	Traitement Diète	Imagerie	Laboratoire	Retraitement des dispositifs médicaux	Matériel Bâtiment Équipement Effets personnels	Abus Agression Harcèlement	Autres types d'événements	TOTAL
Centre jeunesse de Québec–Institut universitaire	90	143	11	-	-	-	23	13	305	**585**
CRDI de Québec	475	579	7	-	-	-	8	295	880	**2 244**
CRDQ	9	38	9	-	2	-	3	-	36	**97**
Installations de Charlevoix	748	973	145	6	147	1	60	58	380	**2 518**
Installations de l'ancien CSSS de Québec-Nord	3 348	1 880	120	-	18	-	285	264	1 073	**6 988**
Installations de Portneuf	670	601	73	1	92	-	45	27	128	**1 637**
Installations de l'ancien CSSS de la Vieille-Capitale (incluant les unités du CHU)	4 539	2 535	268	2	132	3	358	250	1 391	**9 478**
Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's	986	601	73	7	6	-	87	34	265	**2 059**
IRDPQ	170	398	43	-	6	2	56	7	191	**873**
IUSMQ	371	900	38	-	13	4	115	120	628	**2 189**
TOTAL	**11 406**	**8 648**	**787**	**16**	**416**	**10**	**1 040**	**1 068**	**5 277**	**28 668**
Pourcentage	39,8	30,2	2,7	0,1	1,5	0,0	3,6	3,7	18,4	

Le tableau suivant présente la répartition des événements indésirables déclarés par niveau de gravité. Chacun des événements ayant pour cote un niveau de gravité de F et plus a fait l'objet d'une analyse détaillée. Dans les cas où des recommandations ont été émises, un suivi systématique a été effectué afin de s'assurer de l'actualisation de ces recommandations.

RÉPARTITION DE LA GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES DÉCLARÉS EN 2015-2016

	Gravité											
Établissement	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Indéterminée	TOTAL
Centre jeunesse de Québec–Institut universitaire	1	46	200	112	111	113	1	1	-	-	-	**585**
CRDI de Québec	5	114	912	553	537	111	11	-	-	1	-	**2 244**
CRDQ	6	18	51	10	8	3	-	-	-	-	1	**97**
Installations de Charlevoix	156	238	994	634	434	51	9	1	-	-	1	**2 518**
Installations de l'ancien CSSS de Québec-Nord	102	468	3 667	1 729	927	64	17	5	-	4	5	**6 988**
Installations de Portneuf	54	213	603	596	137	25	6	2	-	1	-	**1 637**
Installations de l'ancien CSSS de la Vieille-Capitale (incluant les unités du CHU)	237	428	2 202	4 913	1 539	118	34	1	-	2	4	**9 478**
Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's	57	154	734	766	311	15	6	10	1	4	1	**2 059**
IRDPQ	52	176	328	203	98	14	2	-	-	-	-	**873**
IUSMQ	184	348	822	222	565	38	8	1	-	1	-	**2 189**
TOTAL	**854**	**2 203**	**10 513**	**9 738**	**4 667**	**552**	**94**	**21**	**1**	**13**	**12**	**28 668**
Pourcentage	3,0	7,7	36,7	34,0	16,3	1,9	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	

3.3.4 COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Composition du comité

Le comité de gouvernance et d'éthique est composé d'un minimum de cinq membres, dont une majorité de membres indépendants du conseil d'administration. Le président-directeur général est membre d'office. Sa composition au 31 mars 2016 était la suivante :

→ Me Simon Lemay,
président ;

→ M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;

→ Mme Sylvie Charbonneau ;

→ Mme Line Plamondon ;

→ Mme Diane Truchon-Mailloux.

Invitées

→ Me Annie Caron,
directrice des affaires juridiques et institutionnelles

→ Mme Martine Desrochers,
conseillère cadre auprès du président-directeur général en ce qui concerne le conseil d'administration. Mme Desrochers agit à titre de secrétaire du comité de gouvernance et d'éthique.

Pour l'année se terminant le 31 mars 2016, le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à deux occasions. Son taux de participation est de 100 %.

Comme le prévoit la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 181) et le Règlement sur la régie interne du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale (article 22), le comité de gouvernance et d'éthique est responsable :

- Des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement ;
- Du code d'éthique et de déontologie des administrateurs ;
- Des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration ;
- D'un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration ;
- De l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration.

Les travaux du comité ont principalement porté sur :

Le mandat du comité

Chacun des membres a pris connaissance du mandat du comité de gouvernance et d'éthique.

Le Règlement sur la régie interne du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a soumis un projet de règlement sur la régie interne du conseil d'administration auquel le comité a apporté certaines modifications. Le règlement ainsi modifié a été adopté par le conseil d'administration le 26 janvier 2016. En suivi des modifications que l'établissement a reçues du MSSS, ce règlement devrait être de nouveau adopté à l'automne.

Le Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est également penché sur le projet de code d'éthique et de déontologie soumis par le MSSS. Ce code d'éthique diffère de ceux des anciens établissements, notamment en ce qui concerne le formulaire de déclaration des intérêts des membres. Le conseil d'administration a adopté, lors de sa séance du 8 mars 2016, le Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale et l'ensemble des membres ont rempli le formulaire.

L'évaluation du conseil d'administration

Les membres ont préparé un document d'évaluation du conseil d'administration afin qu'il soit adapté au conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Le document final sera déposé aux membres du conseil à l'automne 2016.

La formation des membres du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Des formations visant le perfectionnement et l'amélioration des connaissances touchant différents secteurs d'activité seront offertes aux membres du conseil d'administration. Les membres du comité de gouvernance et d'éthique ont priorisé les formations suivantes :

- Cadre intégré de la gestion des risques ;
- Budget de fonctionnement, d'immobilisation et régime d'emprunts ;
- Processus et gestion de la performance ;
- Cogestion médicale ;
- Gestion des activités ;
- Éthique, conflits d'intérêts, étude de cas.

La première année du comité de gouvernance et d'éthique a principalement consisté à mettre en place les dispositifs nécessaires afin que le conseil d'administration puisse fonctionner selon les règles en vigueur. De plus, le comité s'est assuré d'offrir les outils nécessaires afin que les membres exercent pleinement leur rôle en termes de gouvernance.

3.3.5 COMITÉ DE VÉRIFICATION

Composition du comité

→ M. Jean Brown,
président

→ M. Jean-Pascal Gauthier

→ M. Normand Julien

→ M. Michel Delamarre,
président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale, membre indépendant

→ M. Stéphane Bussières,
directeur des ressources financières, en soutien au comité

Le comité de vérification s'est réuni à trois reprises au cours de l'année.

Mandat du comité

Le comité de vérification doit, notamment :

- S'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi ;
- S'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement ;
- Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance ;
- Examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration ;
- Recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers ;
- Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquatement efficaces ;
- Formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne ;
- Réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie, de temps à autre, le conseil d'administration (art. 181.0.0.3 de LSSSS).

Au cours de l'année, le comité a traité, notamment, des sujets suivants :

- Nomination d'une firme d'auditeurs externes pour l'exercice 2015-2016 :

  La création du CIUSSS de la Capitale-Nationale nécessitait de mettre fin aux contrats liant les établissements fusionnés avec leur firme d'auditeurs externes. Ainsi, à la suite de l'appel d'offres, la firme Mallette S.E.N.C.R.L. a été retenue ;

- Choix de limite par lésion (CSST) :

  Le CIUSSS de la Capitale-Nationale étant assujetti au régime rétrospectif administré par la CSST doit transmettre pour l'année 2016 son choix de limite par lésion à la CSST. La limite la plus élevée, soit neuf fois le salaire maximum annuel assurable, est recommandée.

3.3.6 CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Composition du comité exécutif

Le 10 juin 2015, le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), était composé des membres suivants :

→ M. Louis Boisvert,
pharmacien, secrétaire ;

→ Dr Jacques Bouchard,
médecin de famille, président ;

→ Dr Roch-Hugo Bouchard,
psychiatre, 1er vice-président ;

→ Dre Mélanie Boulet,
physiatre ;

→ Mme Sylvie Charbonneau,
pharmacienne ;

→ Mme Suzanne Chayer,
pharmacienne ;

→ M. Michel Delamarre,
président-directeur général, membre d'office ;

→ Mme Nadia Drouin,
pharmacienne ;

→ Dr Yvan Gauthier,
psychiatre, 2e vice-président ;

→ Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels, membre d'office ;

→ Mme Lucie Raymond,
pharmacienne, trésorière ;

→ Dr Louis Roy,
médecin de famille ;

→ Dr Carol Villeneuve,
médecin de famille ;

→ Dr Hubert Wallot,
psychiatre.

Ont été cooptés au cours de l'année 2015-2016 :

→ Dr Pierre Carrier,
médecin de famille ;

→ Dr Michel Dugas,
gériatre ;

→ Dre Nathalie Gingras,
pédopsychiatre ;

→ Dr Stéphane Rioux,
médecin de famille ;

En cours d'année, le Dr Louis Roy a remis sa démission à titre de conseiller au comité exécutif.

Dix réunions ont eu lieu au cours de l'exercice 2015-2016. Une réunion spéciale a également été tenue ainsi qu'un atelier sur la cogestion. Le comité exécutif a également tenu une assemblée générale le 30 novembre 2015.

Statistiques des effectifs médicaux

Avant le début des travaux du comité d'examen des titres :

- Nominations : 25
- Démissions : 15
- Modifications : 15

Demandes entérinées par le conseil d'administration depuis la formation du comité d'examen des titres, soit du 20 octobre 2015 au 31 mars 2016 :

- Nominations : 55
- Modifications des privilèges : 2
- Démissions : 27

Mise en place des comités obligatoires tels :

- Le comité d'examen des titres ;
- Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique ;
- Le comité de pharmacologie.

Autres comités :

- Le comité de suivi de jugement d'autorisation de soins ;
- Deux comités de discipline ont été formés dont un a été dissous ;
- *Le comité des protocoles et des ordonnances* collectives en collaboration avec la Direction des soins infirmiers. Un travail de collaboration avec le CHU de Québec–Université Laval et l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec–Université Laval (IUCPQ) est en préparation.

Recommandations au conseil d'administration :

- Trois médecins examinateurs ;
- La désignation des membres du comité de révision ;
- Le Plan d'organisation clinique. Les membres du comité exécutif ont été consultés sur la structure départementale. En suivi, tous les membres du CMDP ont été invités à donner leur avis. Le Plan d'organisation clinique a été entériné par le conseil d'administration et présenté, par la suite, au ministère de la Santé et des Services sociaux pour approbation.

Recommandation pour la nomination des chefs de départements :

- Département de pharmacie :
M. Éric Lepage
- Département de gériatrie :
Dr Michel Dugas
- Département de pédopsychiatrie :
Dre Nathalie Gingras
- Département de médecine spécialisée :
Dr Marc Bradette

Les départements suivants ne sont pas pourvus de chef :

- Département de santé publique ;
- Département de médecine familiale ;
- Département de psychiatrie ;
- Département des services diagnostiques.

Réalisations du comité exécutif

- Adoption du Formulaire de consentement et avis au comité exécutif du CMDP pour l'administration d'une sédation palliative. La loi oblige les médecins à déclarer cet acte, mais ne prévoit pas de mécanisme de transmission de l'information. À cet effet, le Dr Louis Roy a élaboré un document afin de permettre aux médecins qui administrent une sédation palliative continue dans le cadre de leur travail au CIUSSS de la Capitale-Nationale de déclarer cet acte dans les dix jours ouvrables.
- Élaboration d'un répertoire de médecins disponibles pour répondre aux demandes d'aide médicale à mourir ou pour donner un deuxième avis médical lors de telles demandes

- *Adoption du Protocole d'administration d'une* médication préventive chez l'usager ayant déjà présenté une réaction de type allergique à l'iode
- Adoption de l'ordonnance collective Préparation des usagers à une procédure en hémodynamie
- Rédaction d'une note de service pour l'ordonnance collective sur l'ictère
- Adoption d'une procédure de consultation des dossiers professionnels

Le comité exécutif a été consulté au sujet :

- De la nomination d'un membre pour siéger au comité de gestion des risques ;
- Du Règlement sur le traitement d'une plainte (section 5, plainte envers un membre du CMDP) ;
- De la Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail ;
- De la Procédure visant la gestion de situations conflictuelles et le traitement des plaintes de harcèlement et de violence ;
- De la Procédure sur l'application des décisions de la cour criminelle ou de la Commission d'examen en rapport avec les accusés adultes atteints de troubles mentaux.

Le comité exécutif a été avisé de la mise en place du Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique clinique.

Révision des règlements transitoires du CMDP

Révision des règlements en vue d'une présentation à l'assemblée générale du 6 juin 2016 aux fins d'adoption par le conseil d'administration.

Ouverture des lits de soins palliatifs à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec

Sur demande de la Dre Suzanne Larue, les membres du comité exécutif du CMDP ont été consultés afin que les lits de soins palliatifs de l'IUSMQ soient accessibles à l'ensemble des usagers du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Communications

Diffusion, de façon périodique, du bulletin de communication CMDP à la une.

Activation d'une adresse courriel permettant aux membres du CMDP et aux autres acteurs au sein de l'organisation de communiquer avec le comité exécutif.

3.3.7 COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES

Composition du comité

→ Dr Pierre Carrier,
médecin de famille

→ Dre Hala Hanna,
chirurgienne

→ Dr Pierre Laliberté,
directeur des services professionnels

→ M. Éric Lepage,
pharmacien

→ Dr Simon Patry,
psychiatre, président

→ Dre Sonia Sylvain,
médecin de famille

→ Dre Nathalie Gingras,
chef du Département de pédopsychiatrie, invitée

Les chefs des différents départements sont invités au besoin.

Il y a eu six réunions au cours de l'exercice 2015-2016.

Mandat du comité

Le comité d'examen des titres étudie les demandes de nomination des médecins, des dentistes et des pharmaciens, notamment par l'évaluation de leurs qualifications, de leurs compétences scientifiques et de leur comportement, et fait rapport au comité exécutif du CMDP.

Statistiques

Du 20 octobre 2015 au 31 mars 2016

Nombre de demandes reçues : 187 [1]

Dossiers étudiés : 162

Dossiers dont l'étude est à venir : 25

Demandes entérinées par le conseil d'administration :

- Nominations : 55
- Modifications des privilèges : 2
- Démissions : 27

Élaboration des formulaires unifiés

- Demande de nomination et engagement des médecins, dentistes et pharmaciens
- Documents requis pour l'étude d'une demande de nomination

1. Ce nombre inclut les demandes concernant le transfert des gériatres et des pédopsychiatres du CHU de Québec–Université Laval vers le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

- Demande de modification de statut et privilèges
- Lettre de démission

3.3.8 COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

Composition du comité

→ Dr Jacques Bouchard, médecin de famille

→ Dr Pierre Carrier, médecin de famille, président

→ Dr Frédéric Charland, pédopsychiatre

→ M. Jean-Philippe Lemieux, pharmacien

→ Dre Lise Vézina, médecin de famille

Le comité a tenu une seule réunion.

La dernière année a été une année de transition marquée d'un arrêt temporaire de la plupart des activités d'évaluation, le temps de préciser la structure qui sera privilégiée dans la nouvelle organisation.

Le comité exécutif du CMDP a recommandé de maintenir, jusqu'à nouvel ordre, les comités en place dans les différentes installations et de mettre en place un comité central d'évaluation qui analysera les recommandations émanant des comités locaux.

Le comité a recommandé l'uniformisation d'un formulaire servant à l'analyse des dossiers de décès. Il a également recommandé le contenu attendu de la note d'évolution du médecin lors d'un constat de décès. Il a pris connaissance des comptes rendus des différents comités locaux, mais principalement de leurs recommandations émises, lorsque pertinent.

3.3.9 COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Composition du comité

→ M. Éric Lepage, pharmacien

→ Mme Sarah-Maude Caron-Cantin, infirmière

→ Mme Yolaine Dubois, pharmacienne

→ Dre Marie-Josée Filteau, psychiatre

→ Dre Catherine Gagnon, médecin de famille

→ Dre Marlène Julien, médecin de famille

→ Mme Aisha Claudine Musoke, infirmière

→ Mme Mélanie Paradis, pharmacienne

→ Mme Michèle Plante, pharmacienne

→ Mme Christine Robitaille, pharmacienne, présidente

→ Dre Nancy-Michelle Robitaille, cardiologue

Le comité de pharmacologie s'est réuni à quatre reprises.

Travaux en cours

- Harmonisation des listes de médicaments, comme demandé dans le cahier de charge remis par le ministère de la Santé et des Services sociaux : création d'un sous-comité composé de pharmaciens de chacune des installations. Publication, au cours de l'automne 2016, d'une liste de médicaments harmonisés pour tout le CIUSSS.
- Discussion avec le CHU de Québec–Université Laval et le comité d'éthique clinique du CIUSSS de la Capitale-Nationale sur les différentes façons d'aborder les demandes de médicaments d'exception et de nécessité médicale particulière.

3.3.10 COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Composition du comité

→ Mme Louise Petit, pharmacienne, présidente

→ M. François Frédérick-Dubois, pharmacien

→ M. Jérôme Bergeron, pharmacien

→ Mme Caroline Pichette

- → Mme Hélène Fortin
- → Mme Alexa Bernier
- → M. Éric Lepage, pharmacien, vice-président
- → Mme Marie-Claude Racine
- → Mme Julie Racicot
- → Mme Sylvie Charbonneau
- → Mme Élisabeth Bourassa
- → Mme Isabelle Taillon
- → M. Marc Parent, pharmacien
- → M. Michel Delamarre, président-directeur général
- → Dr Pierre Laliberté, directeur des services professionnels, membre invité

Le comité s'est réuni à trois occasions.

À la suite de l'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) a été reconduit à l'été 2015, et sa composition, révisée.

Dès juin 2015, une rencontre a eu lieu avec M. Michel Delamarre et le Dr Pierre Laliberté afin d'établir les modalités de reconduction du CRSP. M. Éric Lepage et Mme Louise Petit ont assuré la reprise du comité.

Fin juin 2015 : le Règlement de régie interne du CRSP du CIUSSS de la Capitale-Nationale a été révisé et adopté par le président-directeur général du CIUSSS.

Août 2015 : rencontre du comité

- Déterminer les procédures de cooptation des membres pour les postes vacants
- Avis de désignation pour les C. A. des trois établissements de santé de la région 03 : processus et critères de désignation
- Loi concernant les soins de fin de vie : état de situation des travaux et enjeux

Le mandat du comité découle des dispositions de l'article 417.8 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux.

D'entrée de jeu, les membres ont fait part de leurs préoccupations relativement à l'absence de soutien administratif et professionnel risquant de nuire au bon déroulement des réunions du comité et au suivi des actions et des recommandations. Le comité dispose maintenant d'un soutien administratif.

Dossiers professionnels

- **Anticoagulothérapie et trajectoire de soins dans la région 03 :** prise en charge et suivi des usagers nécessitant la prise d'un anticoagulant. Un comité régional est mis en place avec mandat d'établir une trajectoire de soins optimale pour ces usagers. Le comité est composé d'infirmières en GMF, de médecins de l'IUCPQ–Université Laval, du CHU de Québec–Université Laval et de GMF, et de pharmaciens des milieux hospitalier et communautaire. Une première rencontre a eu lieu en février 2016.
- **Loi concernant les soins de fin de vie :** collaborer à l'organisation des soins et des services pharmaceutiques sur le territoire.
- **Ordonnances collectives :** une trajectoire devra être établie pour ces ordonnances. Un sous-comité est mis en place.
- **Antibiothérapie intraveineuse à domicile (ATIVAD) :** bilan de la trajectoire du programme à évaluer. Un comité a été mis en place afin de revoir la trajectoire pour faciliter le traitement des usagers à domicile. Une première rencontre est prévue le 23 juin 2016 regroupant des membres des milieux hospitalier et communautaire.
- **Examens de laboratoire :** depuis juin 2015, les pharmaciens peuvent prescrire des examens de laboratoire. Intervention du comité afin que les laboratoires reconnaissent les noms des pharmaciens prescripteurs de tests.
- **Pharmaciens en GMF :** enjeux de coordination des soins avec les GMF au regard du cadre de gestion GMF permettant l'embauche d'un pharmacien au sein de leur équipe.

Communication avec les pharmaciens du territoire

- Information transmise aux pharmaciens du territoire sur la mise en place et la composition du CRSP. Des notes de service ont été produites, notamment sur l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie et sur la mise en ligne de « Soins palliatifs et de fin de vie : les particularités de la Loi ».
- L'Ordre des pharmaciens du Québec a réuni les présidents des CRSP du Québec afin de discuter des enjeux présents et futurs quant à la gouvernance suivant la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie, les enjeux spécifiques aux milieux de pratique, les enjeux de coordination

des soins entre les milieux de pratique, le bilan comparatif des médicaments, les enjeux avec les autres professionnels de la santé (Département régional de médecine générale, groupes de médecine de famille, infirmières).

3.3.11 COMITÉ DE DIRECTION DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA CAPITALE-NATIONALE (DRMG)

Composition du comité

Trois médecins élus par et parmi les médecins membres du DRMG

→ Dr Jacques Bouchard,
Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix

→ Dre Pascale Cholette,
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

→ Dr Daniel Lamontagne,
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord

Neuf médecins membres du DRMG nommés par les membres élus en 1

→ Dr Maxime Amar,
CHU de Québec–Université Laval

→ Dr François Brunet,
Centre de santé et de services sociaux de Portneuf

→ Dr Pierre Carrier,
Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix

→ Dr Guy Chouinard,
Clinique médicale du Jardin

→ Dr Bernard Fallu,
Clinique médicale Val-Bélair

→ Dr Pierre Lachance,
Centre médical Saint-Louis

→ Dre Annie Richard,
Clinique-réseau Le Mesnil

→ Dr Daniel Rizzo,
CHU de Québec–Université Laval

→ Dr Michel Robitaille,
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord

Le président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

→ M. Michel Delamarre

Un membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval

→ Dr Stéphane Rioux,
Unité de médecine familiale Laval Québec

Les membres du DRMG se sont réunis à sept reprises au cours de la dernière année. Parmi les sujets abordés, mentionnons la situation dans les salles d'urgence, le problème de recrutement des médecins de famille, le cadre de gestion des GMF, le plan régional d'effectifs médicaux en médecine de famille et le projet de développement des trajectoires pour les demandes de consultation auprès de spécialistes.

En 2015-2016, la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a conduit à la création de réseaux territoriaux et de centres intégrés de santé et de services sociaux. Conséquemment, les structures ont été revues et la gouvernance du Département régional de médecine générale (DRMG) a été ajustée pour répondre aux besoins du CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi qu'aux deux établissements non fusionnés de la région 03. Un conseil consultatif du DRMG présidé par le chef du DRMG et regroupant les coordonnateurs médicaux locaux, les membres du comité de direction du DRMG et les directeurs des services professionnels des établissements non fusionnés, ou leur représentant, a été créé. Une première rencontre s'est tenue le 13 avril 2016. Ce conseil se réunira deux fois par année.

L'année 2015-2016 a été marquée par d'importants changements au plan de la gestion des effectifs médicaux dans le but de contribuer à assurer une prestation de soins et de services équitable à la population de la région et à améliorer l'accès aux soins et aux services médicaux de première ligne. Dans ce contexte, le DRMG a pour rôle d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services de médecine générale, notamment en définissant et en proposant un plan régional d'organisation des services médicaux généraux, en recommandant au MSSS le déploiement des effectifs médicaux en fonction des besoins régionaux prioritaires et en assurant la mise en place du plan régional. Le DRMG donne également son avis sur tout projet concernant l'offre de services et a la responsabilité de délivrer les avis de conformité dans le cadre de l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

Parmi ses autres responsabilités, le DRMG doit s'assurer du respect des dispositions de l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières. Il doit favoriser l'augmentation de l'inscription et du suivi des usagers dans sa région.

Quant à l'organisation des services médicaux de première ligne, le DRMG a un rôle de premier plan. Il recommande l'adhésion des GMF au nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF et accompagnera les groupes qui auront à adhérer aux programmes GMF-Réseau et GMF-universitaire dans la prochaine année. Des comités de travail du DRMG ont été mis en place pour collaborer avec le CIUSSS aux divers chantiers.

3.3.12 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CII)

Composition du comité exécutif du CII (transitoire)

- → M. Louis-Martin Boivin, vice-président, Direction des soins infirmiers, GMF-CRQ
- → Mme Céline Buteau, Direction des soins infirmiers, services de santé courants
- → Mme Mélanie Caron, Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique
- → M. Bernard Ladrie, Direction du programme Jeunesse
- → Mme Sylvie Agnès Laurin, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées
- → M. Martin Lévesque, Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique
- → M. Éric Lynch, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées
- → Mme Lucie-Catherine Ouimet, Direction du programme Jeunesse
- → Mme Marie-Christine Perron, trésorière, Direction des services professionnels, urgence
- → M. Denis Samson, président, Direction des programmes Santé mentale et Dépendances
- → Mme Sonia Tessier, Direction des services professionnels, urgence
- → Mme Sylvie Bonneau, secrétaire, directrice des soins infirmiers
- → M. Michel Delamarre, président-directeur général
- → Mme Touria Ouaankour, comité CIIA, équipe volante
- → Mme Cynthia Roy, comité CIIA, santé mentale

Le comité exécutif a tenu six rencontres régulières et les principaux sujets abordés ont été les suivants :

- Présentation des organigrammes du CIUSSS de la Capitale-Nationale et de la Direction des soins infirmiers ;
- Cession de certaines activités du CHU de Québec-Université Laval et de l'IUCPQ-Université Laval ;
- Situations problématiques dans certaines ressources pour personnes âgées ;
- Ordonnances collectives et individuelles, règles de soins et protocoles de soins ;
- Suivi de la visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec au Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord ;
- Prescription infirmière ;
- Règlement et plan d'action du comité des infirmières et des infirmiers auxiliaires ;
- Projet de règlement de régie interne du comité des infirmières et des infirmiers ;
- Élection du comité des infirmières et des infirmiers 2016 ;
- Candidatures soumises à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour le prix de l'infirmière soignante de l'année ;
- Contribution de l'infirmière auxiliaire pour les intraveineuses ;
- Situation dans les urgences de Portneuf et de Sainte-Anne-de-Beaupré ;
- Administration des produits sanguins.

Avis donnés : ordonnances collectives, règles de soins, protocoles et politiques et autres

- Règle de soins transitoire sur la prescription infirmière
- Règle de soins relative aux pratiques cliniques postnatales
- Règles de soins relatives à l'administration de médicaments et à la prestation de soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne par les aides-soignantes
- Règle de soins relative à l'oxygénothérapie

3.3.13 CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Composition du comité

- Mme Amie Deschamps, resp. des communications, travailleuse sociale, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
- Mme Cynthia Fauteux, trésorière, ergothérapeute, Direction des programmes Santé mentale et Dépendances (SMD)
- Mme Lyne Foisy, vice-présidente, éducatrice externe, Direction du programme Jeunesse
- Mme Angela Fragasso, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DITSADP)
- Mme Josianne Gaudet, diététiste-nutritionniste, Direction des services multidisciplinaires
- Mme Geneviève Gosselin, physiothérapeute, Direction du programme SAPA
- Mme Anne Langelier, physiothérapeute, Direction des programmes DITSADP
- Mme Marie Larose, travailleuse sociale et psychothérapeute, Direction des programmes SMD
- Mme Laurie Ouellet, archiviste médicale, Direction des services multidisciplinaires
- Mme Stéphanie Paquet, récréologue, Direction du programme SAPA
- Mme Chantal Pothier, secrétaire, Direction du programme Jeunesse
- M. Dominique Trépanier, président, psychologue, Direction des programmes SMD

Le conseil multidisciplinaire (CM) a tenu sept séances de travail et sept séances exécutives au cours desquelles il a été question de divers sujets, mais principalement de la mise en place du CM, de son comité exécutif (CECM) et des divers enjeux liés à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Le CECM a notamment effectué des représentations au regard de la situation des orthophonistes à l'IRDPQ et de la pratique professionnelle en électrophysiologie et en audiologie dans Charlevoix. Il a également tenu deux séances extraordinaires, dont une conjointe avec le conseil des infirmières et des infirmiers. Il y a été question de l'organigramme des directions cliniques (septembre 2015) et d'une consultation sur le plan de transformation de la gouvernance (février 2016). Le CECM a également été consulté à trois reprises par diverses instances relativement aux sujets suivants : la Politique en matière de civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail, le Bureau de partenariat avec l'usager et de l'éthique clinique et l'évolution des travaux de cession de certaines activités du CHU de Québec–Université Laval.

Comme mentionné ci-dessus, la première tâche d'importance fut de former le CM par la mise en place d'un CECM fonctionnel, représentatif et diversifié. Par la suite, les officiers ont été dûment nommés. À la fin de l'été 2015, le CECM a procédé à l'élection du représentant du CM au conseil d'administration. Au cours de ses premiers mois de fonctionnement, le comité s'est affairé à développer sa collaboration avec la nouvelle structure de gestion.

Ensuite, le CECM a participé, avec le ministère et l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ), à l'élaboration des nouveaux règlements de régie interne. Ces travaux ont mis l'accent sur l'importance de mettre en place six comités qui allaient permettre au CECM d'améliorer son fonctionnement et de remplir ses mandats. Ainsi sont nés les trois comités de soutien suivants : assemblée générale annuelle et élection (ad hoc), plan d'action (permanent) et rédaction des règles de régie interne (ad hoc). Les trois autres comités (permanents) ont été mis en place conformément aux suggestions de l'ACMQ et aux règles de régie interne : maintien et développement des compétences, suivi des comités de pairs et communication. Au cours de ces travaux, le CECM a consulté l'ACMQ.

Conformément à la loi ci-dessus mentionnée, le CECM a entrepris les travaux de mise en place d'une instance régionale permettant de travailler, en collaboration avec les établissements non fusionnés, sur des enjeux spécifiques. Cette instance vient remplacer l'ancienne commission multidisciplinaire régionale.

Le CECM a également travaillé à relever le défi de taille que représente la préparation de la tenue de la première assemblée générale annuelle qui allait permettre de faire état des travaux réalisés, d'entériner les nouvelles règles de régie interne et de proposer une reconduction exceptionnelle de l'ensemble du CECM pour une autre année afin de consolider les travaux de mise en place du CM et de faire adopter le plan d'action annuel.

Le CECM a travaillé et travaille encore à l'élaboration d'un budget de fonctionnement.

Mentionnons également les faits saillants suivants : participation au Colloque annuel de l'ACMQ, réflexion sur le travail de collaboration avec les autres instances professionnelles et développement d'un langage commun des principes de gestion Lean (formation de niveau ceinture jaune suivie par l'ensemble du CECM).

En terminant, mentionnons le travail important visant à développer des stratégies et des moyens de communication pour joindre les membres du CM, dont la mise en place d'un espace virtuel pour le dépôt de documents (lecteur K), la création et la publication du journal du CM (deux publications), l'élaboration d'un communiqué s'adressant aux gestionnaires visant à faire connaitre le CM et à susciter la collaboration, la publication d'un article dans l'Info CIUSSS et la mise en opération de boîtes vocales et d'une adresse courriel propre au CM.

3.3.14 CONSEIL DES SAGES-FEMMES

Composition du comité

Le comité exécutif (CE) est formé de six membres, soit cinq sages-femmes et le président-directeur général adjoint du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- Mme Magali Béchard, présidente et sage-femme ;
- Mme Marie-Andrée Morisset, vice-présidente et sage-femme ;
- Mme Rebecca St-Onge, secrétaire et responsable des services sage-femme (RSSF) ;
- Mme Dasha Ortmann, conseillère et sage-femme ;
- Mme Mylène Picard, conseillère et sage-femme ;
- Mme Catherine Boivin, conseillère et sage-femme ;
- M. Guy Thibodeau, président-directeur général adjoint du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le CE du conseil des sages-femmes (CSF) s'est réuni à dix reprises, dont lors de quatre séances extraordinaires pour des revues de cas concernant des situations cliniques particulières.

En 2015-2016, l'équipe de la Maison de naissance de la Capitale-Nationale était constituée de 18 sages-femmes contractuelles incluant les sages-femmes absentes et une responsable sage-femme pour un total de 12,2 équivalents temps complet.

Encore cette année, la popularité de la Maison de naissance n'a cessé de croître auprès des femmes et des familles de la région. La maison a reçu pas moins de 566 demandes de suivi sage-femme. De ce nombre, 489 ont pu être traitées, avec 194 bébés nés en maison de naissance, 53 avec sages-femmes à domicile et 4 avec sages-femmes en centre hospitalier. Plus de 60 demandes n'ont pu être attribuées, surtout en début d'année, en raison de la difficulté de remplacer les sages-femmes absentes.

De plus, entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016, l'équipe des sages-femmes a donné 33 cours de préparation à la naissance (11 séries de 3 cours) et 12 cours sur l'allaitement, et a tenu 24 rencontres d'information pour le public.

Enfin, la Maison de naissance a aussi accueilli plusieurs groupes d'étudiants (infirmières auxiliaires et ambulanciers) afin de les renseigner sur la profession des sages-femmes et sur les services offerts en maison de naissance.

Principales activités

Gestion des ressources humaines sages-femmes

- Suivi des attributions de dossiers vu les absences non prévues de sages-femmes et la rareté des ressources de remplacement
- Adoption de plusieurs modalités pour la gestion des absences de courte durée

Nouvelle structure administrative

- Vigilance exercée relativement à la représentation et à la place du CSF et de la RSSF dans les activités du CIUSSS et les documents qu'il produit
- Mise en oeuvre du nouveau modèle de cogestion entre la Direction du programme Jeunesse et la RSSF
- Point d'information à l'ordre du jour de chaque réunion du comité exécutif sur les activités et les séances du conseil d'administration
- Nomination d'une représentante au comité de gestion des risques et au comité d'éthique clinique

Suivi du développement des points de services

- En plus de celui de Portneuf, ouverture d'un nouveau point de service à Beaupré et à Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier
- Ouverture prochaine d'un point de service dans le secteur Chauveau et démarches en cours pour explorer la possibilité d'offrir des services dans la région de Charlevoix
- Suivi des travaux et discussions pour l'ouverture d'une Maison Bleue à Québec

Contrôle de la qualité

- Dépôt de trois aide-mémoire : Surveillance postnatale des nouveau-nés avec suspicion de malformations cardiaques, Liste d'examens de labos à offrir au premier rendez-vous et Surveillance postnatale des nouveau-nés dont les mères prennent des antidépresseurs
- Rédaction de deux nouvelles procédures, soit L'analyse des événements à issue grave et La surveillance de la qualité de l'acte qui explique les modalités de contrôle de la qualité

- Analyse de la proposition d'entente de partenariat entre les médecins du CHU de Québec–Université Laval et les sages-femmes de la Maison de naissance de la Capitale-Nationale

Correspondance

- Examen des deux rapports en provenance de médecins spécialistes du CHU de Québec–Université Laval et application des recommandations pertinentes à la pratique sage-femme

3.3.15 COMITÉ CONSULTATIF DU JEFFERY HALE–SAINT BRIGID'S

Composition du comité

→ M. Richard Walling,
président, Fondation des Amis du Jeffery Hale–Saint Brigid's

→ Mme Gina Farnell,
vice-présidente, cooptation, volet jeunesse

→ Mme Brenda Edwards,
trésorière, corporation propriétaire (gouverneurs)

→ Mme Amie Deschamps,
conseil multidisciplinaire

→ Mme Diana Greig,
comité des usagers du Jeffery Hale–Saint Brigid's

→ Mme Catherine Nadeau,
conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

→ Mme Tania Verreault-Gravel,
conseil des infirmières et des infirmiers

→ Mme Leigh Sinclair,
cooptation, volet nouveaux arrivants

→ M. Guy Thibodeau,
président-directeur général adjoint et directeur du Jeffery Hale–Saint Brigid's

Membre d'office :

→ Mme Brigitte Paquette,
secrétaire, adjointe au président-directeur général adjoint

Le comité consultatif s'est réuni à six occasions avec un taux de participation de 91 %. Les principaux sujets traités sont les suivants :

Réalisations

- Accord des membres pour des réunions sans papier
- Cooptation des représentants de la communauté anglophone, volets jeunesse et nouveaux arrivants
- Avis favorable aux priorités d'action 2015-2016 de la direction du Jeffery Hale–Saint Brigid's
- Adoption du Règlement sur les règles de fonctionnement du comité consultatif du Jeffery Hale–Saint Brigid's
- Création d'un sous-comité pour le développement d'un cadre de référence, incluant des tableaux de bord et des indicateurs
- Adoption pour recommandation de la Politique en matière de langue de service au Jeffery Hale–Saint Brigid's

Avis ou recommandations formulés au conseil d'administration

- Projet de relocalisation du Centre de jour Sainte-Foy–Sillery dans l'aile administrative du Jeffery Hale–Saint Brigid's
- Règlement et composition du comité consultatif
- Politique en matière de langue de service
- Travaux réalisés pour l'accueil des membres
- Séance d'information pour les membres désignés le 7 octobre 2015
- Présentations offertes sur le plan d'organisation, le portrait de la population, l'offre de services du Jeffery Hale–Saint Brigid's et le programme d'accès en langue anglaise
- Trousse d'accueil et archives développées sur le site Web
- Organisation de visites des installations

3.3.16 AUTRES COMITÉS

Trois comités facultatifs ont également été mis en place par le conseil d'administration. Il s'agit du comité des ressources humaines, du comité des affaires universitaires et de l'innovation et du comité des ressources technologiques et immobilières.

3.4 LES FAITS SAILLANTS

3.4.1 DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION, DE LA PERFORMANCE ET DE L'ÉTHIQUE

La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ) se caractérise par la diversité de ses mandats. Durant l'année 2015-2016, de nombreux travaux ont été réalisés afin de mettre en place les bases de la qualité, de la sécurité et de la performance. Dans le but de soutenir la transition du CIUSSS, les équipes de la DQÉPÉ ont tenu plusieurs activités ayant pour but l'harmonisation des politiques, des règlements, des procédures et des processus à l'égard de la qualité, de la sécurité et de l'éthique. La direction s'est aussi grandement impliquée dans la transformation du CIUSSS, notamment lors de la mise en place de sa structure, mais également dans la détermination des grands objets de transformation.

Le Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique

En juillet 2015, le CIUSSS de la Capitale-Nationale confirmait la mise en place d'une équipe consacrée à l'expérience patient et à l'éthique clinique. La priorité de cette équipe fut d'effectuer des états de situation pour les volets expérience patient, usager partenaire, comité des usagers et éthique clinique.

Un soutien a été apporté à la mise en place du comité des usagers du centre intégré (CUCI). Ce comité a tenu sa première rencontre le 15 septembre 2015.

En février 2016, le comité de direction du CIUSSS de la Capitale-Nationale a adopté la mise en place du Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique et le modèle retenu par l'établissement pour l'éthique clinique.

L'équipe s'est principalement affairée à développer les modèles, les trajectoires, les procédures et les outils nécessaires au fonctionnement du bureau. Une démarche de consultation auprès des instances officielles et des directions a été amorcée afin de promouvoir l'offre de services et le mode de fonctionnement du bureau. Au 31 mars 2016, outre le comité de direction et le comité de vigilance et de la qualité, deux directions et un conseil professionnel avaient été rencontrés, pour un total de 106 personnes. En 2015-2016, le bureau a reçu et traité 26 demandes de consultation en éthique clinique.

L'équipe qualité et évaluation

Au cours de 2015-2016, de nombreux travaux ont été réalisés afin de mettre en place les différentes bases de la gestion intégrée des risques. Les comités relatifs à la qualité et à la sécurité des services prévus à la loi, tels que le comité de gestion des risques et le comité de vigilance et de la qualité, ont été mis sur pied et ont entrepris leurs activités. L'équipe de la gestion des risques et de la qualité s'est également assurée de faire tous les suivis requis dans le cadre du processus de gestion des risques. Vu la fusion d'établissements à l'origine de la création du CIUSSS de la Capitale-Nationale, plusieurs activités ayant pour but l'harmonisation des processus ont conduit à l'élaboration de politiques, de règlements et de procédures régissant l'ensemble du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

L'équipe de suivi de la qualité des services et de la gestion des ressources (ressource intermédiaire, ressource de type familial, résidence privée pour aînés, centre d'hébergement en dépendance et en jeu pathologique)

La fusion des établissements de santé de la région de la Capitale-Nationale a conduit, à son tour, à la fusion de différents réseaux d'hébergement. Ainsi, la gestion des ressources intermédiaires (RI), des ressources de type familial (RTF), des résidences privées pour aînés (RPA) et des ressources d'hébergement en dépendance et en jeu pathologique (RHDJP) a été confiée à une seule direction, soit la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique.

La gestion de l'ensemble de ces ressources d'hébergement, soit 789 RI et RTF, 161 RPA et 11 RHDJP, est régie par différentes instances (ministère de la Santé et des Services sociaux, Conseil québécois d'agrément, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, Régie du bâtiment du Québec) avec lesquelles la DQÉPÉ a entrepris la création de liens et de partenariats au cours de la dernière année. Dans ce contexte de fusion de divers établissements, des travaux d'harmonisation des pratiques ont débuté et sont toujours en cours.

Structure et équipes de travail

Au cours de l'automne 2015, les différents chefs de service de la DQÉPÉ (suivi qualité et gestion des ententes - classification - rétribution) ont été nommés. La création des nouvelles équipes de travail s'est organisée selon ces services, leur mandat et le territoire couvert. La constitution officielle des équipes a eu lieu le 22 février 2016 et, dès le lendemain, les intervenants et les gestionnaires des diverses équipes étaient conviés à une rencontre d'information et de formation.

Ressources intermédiaires (RI) et de type familial (RTF)

Les RI et les RTF sont régis par la Loi sur la représentation des ressources, la Loi sur la santé et les services sociaux, le Règlement sur la classification des services

de soutien et d'assistance ainsi que les diverses ententes collectives et nationales convenues entre les associations représentatives et le ministre de la Santé et des Services sociaux. De plus, un cadre de référence ministériel balise les pratiques de ces ressources afin de s'assurer d'une uniformité dans l'application du suivi de la qualité des services.

Au cours des derniers mois, l'établissement a mis en œuvre les nouvelles modalités des ententes collectives récemment convenues avec plusieurs associations représentatives des ressources.

Comité local de concertation

Les ententes collectives prévoient la tenue de comités locaux de concertation (CLC) pour chacune des associations représentatives de ressources. À la suite de la création du CIUSSS de la Capitale-Nationale, les huit CLC existants ont repris leurs activités à l'initiative de l'établissement. Ces comités locaux, composés de représentants de l'établissement et de représentants des associations, ont pour but, entre autres, d'agir comme mécanisme de concertation au niveau local et d'être un lieu d'échange d'informations et de recherche de solutions à des difficultés vécues par l'établissement ou la ressource.

Suivi professionnel de l'usager

Pour les RI et les RTF, le suivi professionnel de l'usager, assuré par les intervenants à la qualité, s'est poursuivi sans interruption de service, en conformité avec les orientations ministérielles.

Formation sur le cadre de référence et le Règlement sur la classification des services

À la suite de l'abolition des agences de la santé et des services sociaux, le cadre de référence ministériel pour les RI et les RTF a été mis à jour.

Au cours de l'automne 2015, une série de formations a été donnée dans la région de Charlevoix aux gestionnaires, aux intervenants cliniques, aux intervenants à la qualité et au personnel des ressources d'hébergement de ce territoire.

Plus récemment, la formation sur le cadre de référence révisé ainsi que sur le Règlement de la classification des services a été offerte aux équipes d'intervenants à la qualité de la région de Québec.

Recrutement

Tout au long de l'année, la DQÉPÉ a poursuivi ses démarches de recrutement de nouvelles ressources intermédiaires et de type familial. Fait marquant, 200 places ont été ouvertes en ressource intermédiaire pour le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), dont 25 places en unité prothétique. Parmi ces 200 places, 20 sont situées dans la région de Portneuf, à Donnacona ; 70, dans l'arrondissement des Rivières ; 70, dans l'arrondissement de la Haute-Saint-Charles ; et 40, dans l'arrondissement de Sainte-Foy–Sillery–Cap-Rouge.

Communication avec les ressources d'hébergement

La DQÉPÉ est consciente de l'importance de transmettre à l'ensemble des ressources d'hébergement de son territoire les informations pertinentes à la réalisation de leur mandat respectif. Un mode de communication permanent a donc été mis en place dans le respect des obligations de l'établissement et dans le souci de favoriser une relation de réel partenariat avec les ressources d'hébergement.

Résidence privée pour aînés (RPA)

L'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a amené un changement majeur dans la relation entre les établissements et les RPA. Ainsi, à Québec, depuis le 1er avril 2015, le processus de certification de ces résidences, autrefois sous la responsabilité de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, est maintenant assuré par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Afin d'encadrer le suivi de la qualité des services offerts par les RPA, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a souhaité développer un processus de contrôle de la qualité dans le but de maîtriser l'interprétation du règlement, d'accompagner les RPA dans le processus de certification et d'assurer un suivi de la qualité et de la sécurité des personnes aînées hébergées.

Les visites des équipes qualité ont débuté en octobre 2015, dans la région de Charlevoix. La même démarche s'est effectuée en décembre 2015, dans la région de Québec. Ces équipes étaient constituées de divers professionnels ou de gestionnaires provenant des domaines de la santé (infirmière, ergothérapeute, nutritionniste, etc.), de la gestion des risques, du domaine social (travailleur social), tous responsables de vérifier le respect du règlement et la qualité des services offerts aux résidents.

L'équipe de coordination de la sécurité civile

L'équipe de coordination de la sécurité civile du CIUSSS de la Capitale-Nationale assure le leadership des coordinations régionale et locale de la mission Santé du Plan national de sécurité civile (PNSC) 2013. L'offre de services de l'équipe de coordination de la sécurité civile du CIUSSS de la Capitale-Nationale découle de la Politique ministérielle de sécurité civile (MSSS, 2014) et du PNSC. En conformité avec les orientations ministérielles, l'équipe s'assure que chaque responsable de volet de la mission Santé remplit bien son rôle.

L'année 2015-2016 a été marquée par la mise en place du comité de sécurité civile du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du comité régional. L'équipe a aussi assuré la coordination de la préparation de l'arrivée massive de réfugiés syriens en mettant en place un site d'accueil non traditionnel à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et en collaborant à l'aménagement du site d'hébergement temporaire de la Base des Forces canadiennes Valcartier. Bien que ces sites n'aient pas été utilisés, l'équipe et ses partenaires ont assuré un niveau de préparation élevé pour répondre aux différents scénarios établis par les instances ministérielles provinciales et fédérales.

L'accompagnement des directions par l'équipe de coordination de la sécurité civile pour l'optimisation des gardes 24/7 et l'adaptation à la nouvelle réalité CIUSSS a permis l'harmonisation de la valise de garde pour une meilleure couverture en sécurité civile.

Finalement, les membres de l'équipe ont été actifs dans différents dossiers, en collaborant avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Sécurité publique ainsi que les partenaires, dont la Ville de Québec et les autres municipalités de la région 03.

L'équipe de l'amélioration continue et de la performance

Depuis déjà quelques années, les organisations de notre région et également celles de toute la province travaillent à l'amélioration continue de la performance, basée sur les principes Lean. L'amélioration continue de la performance constitue l'un des principes fondamentaux de la transformation du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Concrètement, l'amélioration continue de la performance repose sur trois grands principes :

1. Améliorer les services pour les usagers ;
2. Améliorer les processus ;
3. Faire participer les employés à la résolution de problèmes, vu leur expertise.

Voici les principales réalisations de la dernière année ayant permis de poser les assises de l'amélioration continue de la performance au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

Réalisation	Résultat
Mise en place d'un système de gestion de l'amélioration continue de la performance	→ Définition du Vrai Nord et de ses cinq piliers → Détermination de l'état visé du CIUSSS pour mars 2018 → Définition des processus critiques, administratifs et cliniques, et des objectifs prioritaires pour réaliser la transformation → Élaboration d'un portefeuille de projets organisationnels pour réaliser la transformation → Mise en place d'une communauté de pratique d'amélioration continue de la performance (80 membres)
Développement d'une démarche pour l'analyse de la performance financière du CIUSSS	→ Une démarche d'analyse financière comparative avec tous les CISSS et CIUSSS de la province a été effectuée. Cette analyse a permis de cibler les écarts par rapport au groupe de comparaison, d'examiner les résultats de chacun des établissements fusionnés et de déterminer des secteurs à optimiser.
Formation Lean (ceinture blanche et ceinture jaune)	→ Nombre de personnes ayant suivi la formation de niveau ceinture blanche depuis septembre 2015 : 336 → Nombre de personnes ayant suivi la formation de niveau ceinture jaune depuis septembre 2015 : 145 → Formation donnée aux membres du conseil d'administration, aux membres des différents conseils professionnels de l'établissement et aux membres des exécutifs syndicaux
Cohorte Formation de niveau ceinture verte	→ 19 personnes des différentes directions du CIUSSS suivent actuellement la formation de niveau ceinture verte.
Soutien au projet Bâtir ensemble de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul	→ Au 31 mars 2016, dix projets avaient été déterminés pour améliorer les soins et services, et ce, dans le cadre du projet du nouvel hôpital de Baie-Saint-Paul.

L'unité de gestion et de suivi de l'information

L'unité de gestion et de suivi de l'information a pour mandat de favoriser la production et l'échange d'information de gestion au sein de l'établissement. Les principaux axes de son offre de services touchent la reddition de comptes, le soutien à la gouvernance clinique et administrative et à l'évaluation de la performance ainsi que le soutien aux activités clinico-administratives ou de gestion.

Parmi les principaux projets complétés se trouvent le processus des ententes de gestion et d'imputabilité, le développement et le déploiement du tableau de bord du conseil d'administration et la production d'un outil sur le suivi des recommandations adressées au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Au cours de l'année, plusieurs rapports d'analyse sur la performance des services ont été déposés aux directions concernées de l'établissement.

3.4.2 ÉQUIPE DE L'ADJOINT AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DES RELATIONS AVEC LES MÉDIAS

La création du CIUSSS de la Capitale-Nationale a nécessité la mise en place d'une équipe consacrée aux relations avec les médias et aux relations publiques. Cette équipe a été créée en juin 2015 et a pris en charge l'ensemble des demandes provenant des dix anciens établissements et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale qui forment maintenant le CIUSSS.

Pendant cette période, près de 1100 demandes ou interventions ont été réalisées ou traitées par l'équipe des relations médias. Dix-sept conférences de presse ou points de presse liés à divers sujets de l'actualité ont été organisés. Une politique de relations avec les médias a été rédigée et adoptée par le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Cette politique a notamment pour objectif de déterminer les orientations et le mode de fonctionnement du CIUSSS de la Capitale-Nationale à l'égard des relations médias, de coordonner les relations entre l'établissement et les représentants des médias, de déterminer les modalités de désignation des porte-paroles et de clarifier les rôles et les responsabilités des membres de l'organisation concernant les relations avec les médias.

À titre d'organisation publique, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a un devoir de transparence envers la population et les médias. En conformité avec les bonnes pratiques de gestion, il privilégie une ouverture à l'égard des communications en rendant accessible l'information et en s'assurant de la cohérence des messages transmis.

Enfin, l'équipe des relations médias a mis en place les sites Facebook et Twitter de l'organisation de manière à assurer la présence du CIUSSS de la Capitale-Nationale sur les réseaux sociaux. Cela permet de diversifier les canaux de communication utilisés pour joindre la population.

3.4.3 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS

Afin d'aborder la transformation et de répondre aux objectifs d'accessibilité, de continuité et de fluidité des services cliniques et administratifs au sein d'un établissement d'envergure comme le CIUSSS de la Capitale-Nationale, il a été nécessaire, pour la Direction des ressources humaines et des communications, de revoir ses pratiques et de proposer un modèle d'organisation de services renouvelé.

Selon la vision de ce nouveau modèle, les pratiques en gestion des ressources humaines (RH) doivent être intégrées, cohérentes et adaptées aux besoins des directions, des gestionnaires, des employés et des instances syndicales et professionnelles.

Dans un souci d'assurer une approche de collaboration, une proximité et une continuité informationnelle et relationnelle, l'offre de services de la direction se divise en trois volets. Le premier volet consiste en la mise en place d'un guichet RH qui fournit une première réponse aux demandes, rapide et de qualité constante, et une fluidité entre les différents services RH. Le second volet repose sur les partenaires RH qui interviennent en amont dans le continuum de services RH. Ces partenaires accompagnent les directions sur le plan stratégique lorsqu'elles doivent faire face à des enjeux RH et prévoient les stratégies appropriées. Le dernier volet consiste en des services d'expertise qui assurent une gestion efficace et cohérente des activités RH, une vigie des meilleures pratiques et un soutien aux partenaires RH.

Ce modèle d'organisation de services a été instauré en s'assurant de développer des mécanismes de communication efficaces favorisant la collaboration entre les différents volets, et ce, dans une approche visant une culture d'amélioration continue des pratiques RH.

Dotation

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale est l'un des plus grands employeurs de la région. Il offre des possibilités et des perspectives d'emploi dans plus de 200 métiers ou professions. Au cours de l'année financière 2015-2016, plus de 1858 personnes ont été embauchées, dont 230 pour soutenir le transfert d'activités cliniques du CHU de Québec–Université Laval. Les activités cliniques ont nécessité l'embauche de près de 500 préposés aux bénéficiaires et plus de 250 infirmières. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale, de par son volume d'embauche et ses possibilités de carrière, s'avère un employeur de choix dans la région et même au-delà.

À la suite de l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, les postes des hors-cadre et ceux des cadres supérieurs des onze anciens établissements composant le CIUSSS de la Capitale-Nationale ont tous été abolis le 31 mars 2015. Tous les postes de cadres intermédiaires des directions dites administratives ont également été abolis à la même date en plus de certains postes rattachés aux directions cliniques.

Le processus de dotation des postes d'encadrement supérieur et d'encadrement intermédiaire des directions administratives s'est effectué selon les règles établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux. De mars 2015 à juin 2015, la direction a procédé à la dotation de 48 postes d'encadrement supérieur. Les postes d'encadrement intermédiaire des directions administratives ont été pourvus de juin 2015 à décembre 2015, ce qui représentait 127 postes.

Par la suite, le comité de suivi du processus de réajustement des cadres cliniques a été créé et a dressé un certain nombre de recommandations. Plus de douze directions étaient visées par ce processus. Ainsi, 166 postes n'ayant pas connu de changement de fonction étaient reconduits. Pour les 122 autres postes, des entrevues de sélection ont été réalisées.

Afin de soutenir le personnel d'encadrement dans cette transition, différentes mesures ont été mises en place, dont le Programme régional de soutien et d'accompagnement des gestionnaires ayant pour objectif, entre autres, de favoriser le réseautage entre les gestionnaires, et la clinique de counseling du CIUSSS de la Capitale-Nationale offrant un soutien concret, significatif et adapté à l'évolution de la transformation.

Gestion de changement et communication

Depuis un an, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a surtout travaillé à assurer le passage d'une gestion par établissements de missions différentes à une gestion unifiée au sein d'une seule et même entité. Cette phase de transition a permis de jeter les bases de la structure organisationnelle et de lancer la phase de transformation. Ainsi, l'organigramme a été adopté, les postes d'encadrement ont été pourvus et les procédures juridiques nécessaires au fonctionnement légal de toute organisation ont été adoptées. Plusieurs autres responsabilités importantes ont été assumées au cours de cette période, principalement la réponse aux obligations fixées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, précisées dans un cahier de charges, pour soutenir le changement.

Cette étape a impliqué que le CIUSSS se définisse comme organisation, se donne une vision et modèle l'organisation afin de donner un sens au changement à la base de l'adoption de la loi à l'origine de la création des CISSS et des CIUSSS. Plus concrètement, il a fallu amorcer la transformation des trajectoires de services pour faire en sorte que la population puisse avoir accès à des services plus accessibles, intégrés, sécuritaires et de qualité.

En janvier 2016, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a mis en place un comité de pilotage de la transformation et s'est donné une structure de gouvernance pour soutenir la transformation. Le comité de pilotage est composé des membres du comité de direction du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Parmi les instances constituantes de cette structure de gouvernance se trouve le comité de gestion du changement et des communications. Le comité se réunit toutes les deux semaines. Son rôle et ses responsabilités consistent à :

- Appuyer le comité de pilotage dans l'atteinte de ses objectifs par la réalisation d'actions en gestion de changement et de communication ;
- Analyser les enjeux et les risques liés à la transformation, à préciser les conditions de succès et à proposer les orientations et les actions appropriées ;
- Définir les stratégies de communication liées à la transformation et à réaliser le plan de communication en découlant.

Les résultats de ces travaux se traduisent par des actions concrètes de communication. Un plan de communication organisationnel lié à la transformation a été élaboré. Son contenu est rédigé en fonction des orientations émises par le comité de pilotage de la transformation, la littérature et les bonnes pratiques en gestion de changement et de communication. Ce plan de communication se veut évolutif et surtout suffisamment adaptable pour permettre d'y apporter des changements au fur et à mesure que se dresseront les enjeux liés à la transformation.

Objectif général du plan de communication

Déterminer des stratégies et des moyens de communication intégrés afin de soutenir la gestion du changement et les avancées de la transformation.

Axe de communication

Des actions mobilisantes qui entraînent des retombées concrètes pour le personnel et la population.

Service des communications

Au cours de l'année 2015-2016, le Service des communications a traité près de 300 requêtes de services en provenance des 21 directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Afin d'assurer une bonne circulation de l'information parmi les membres du personnel du Service des

communications et d'optimiser leurs interventions, une base de données a été créée en novembre 2015. Il s'agit d'un outil de collecte de renseignements et de suivi des requêtes soumises au Service des communications. Cet espace commun a ouvert la voie au partage de l'information sur les dossiers et facilité le suivi des projets. Il a pour but d'aider le personnel du Service à coordonner les tâches afin de respecter les échéanciers. Depuis la création de la base de données, 127 requêtes ont été enregistrées, dont 54 étaient toujours en cours de traitement au 1er avril 2016.

La pérennité de certaines requêtes entraîne des tâches récurrentes. Voici quelques exemples de dossiers qui entrent dans cette catégorie :

- Le recrutement de personnel ou de ressources d'hébergement ;
- La promotion ou la protection de la santé publique ;
- La promotion d'événements annuels organisationnels ;
- La publication du bulletin interne mensuel Info CIUSSS ;
- La rédaction du rapport annuel de l'organisation ;
- La mise à jour de l'ensemble des médias électroniques des établissements fusionnés ;
- La mise à jour du Répertoire des ressources du domaine de la santé et des services sociaux.

Deux projets organisationnels majeurs chevauchent les années financières 2015-2016 et 2016-2017 et exigent une attention et un effort soutenus du Service des communications : 1) la création du site Web unifié ; 2) la création de la zone CIUSSS, une solution temporaire jusqu'à la mise en ligne de l'intranet du CIUSSS actuellement en conception. D'autres requêtes ont une fin à court ou à moyen terme. Il peut s'agir, par exemple :

- D'élaboration de plans de communication à l'égard de changements organisationnels ou de l'offre de services à la population ;
- De mise à jour ou de création de documents d'information sur les soins et les services ;
- De mise à jour ou de création de documents d'expertise clinique ;
- De promotion de la santé et du mieux-être du personnel ;
- De coordination de l'application des normes et des règles d'identification visuelle ;
- De diffusion d'information sur les différentes plateformes organisationnelles.

3.4.4 DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELLES

Le 5 janvier 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux autorisait un projet pilote permettant la mise en place d'une direction des affaires juridiques et institutionnelles au sein de l'établissement. Cette direction a la responsabilité des affaires juridiques du CIUSSS de la Capitale-Nationale et celles de l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec–Université Laval (IUCPQ).

L'équipe de la Direction des affaires juridiques et institutionnelles sera constituée au cours de l'année 2016-2017 et aura, à terme, pour mandat d'offrir à l'ensemble des intervenants du CIUSSS et de l'IUCPQ des services juridiques dans tous les secteurs d'activité (droit de la santé, droit du travail, droit de la jeunesse, droit corporatif, etc.).

Cette direction aura aussi la responsabilité d'assumer la gestion des affaires institutionnelles du CIUSSS de la Capitale-Nationale, soit la gestion des activités du conseil d'administration, la gestion des documents administratifs (règlements, politiques, procédures), l'accès à l'information, la gestion de la documentation corporative, etc.

3.4.5 DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le 1er avril 2015, les établissements de santé et de services sociaux de la région de la Capitale-Nationale ont été fusionnés pour créer le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale qui jouit de tous leurs droits, acquiert tous leurs biens, assume toutes leurs obligations et poursuit toutes leurs procédures sans reprise d'instance.

Dans le cadre de cette réorganisation et des travaux d'audit qui doivent avoir lieu suivant la fin de l'année financière 2015-2016, la nomination d'un nouvel auditeur a été entérinée par le conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, mettant ainsi fin à tous les contrats en cours des auditeurs des anciens établissements.

3.4.6 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Surveillance

Dans le cadre de sa fonction légale de surveillance de l'état de santé de la population et des déterminants de la santé, le directeur de santé publique a, notamment, le mandat d'informer la population et d'éclairer la prise de décision des décideurs et la planification des services de la région. Plusieurs publications ont été produites à cet effet :

- *Suivi statistique des cibles du* Plan d'action régional de santé publique 2009-2015 (rapport et synthèse) ;

- *La santé de la population de la Capitale-Nationale en bref* : édition de novembre 2015 ;
- *Écarts socioéconomiques de santé dans la Capitale-Nationale : résultats pour les indicateurs tirés d'enquêtes* ;
- *États de situation des clientèles jeunesse, personnes de 65 ans et plus et personnes ayant des troubles de santé mentale* ;
- *Faits saillants des maladies à déclaration obligatoire (MADO 2014).*

Santé environnementale

Trois faits saillants caractérisent le travail de l'équipe Santé et environnement de la Direction de santé publique (DSPublique) :

- Le dépôt du rapport sur l'étude des cas de cancer chez les résidents de Shannon ;
- L'enquête épidémiologique sur le bruit et les poussières associés aux activités de la carrière Saint-Pierre ;
- L'avis complémentaire sur les effets à la santé du nickel trouvé à Limoilou.

L'équipe Santé et environnement de la DSPublique a, cette année, déposé son rapport sur l'étude d'incidence des cas de cancer du cerveau, du rein, du foie et de lymphome non hodgkinien chez les résidents de Shannon. Pour réaliser cette étude, qui a duré trois ans, la DSPublique a fait appel à des données historiques du registre des personnes assurées de la Régie de l'assurance maladie du Québec, une première provinciale, ainsi qu'à certaines du Registre québécois des cancers. La DSPublique a aussi conclu son enquête épidémiologique sur le bruit et les poussières provenant de la carrière Saint-Pierre, dans l'arrondissement de Beauport. Ce travail, effectué en collaboration avec les citoyens de l'arrondissement, la Ville de Québec et le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques, a mené à des changements pour l'amélioration de la qualité de vie. Enfin, un avis complémentaire sur les effets à la santé a été produit afin d'informer la population de Limoilou sur la présence de poussières contenant du nickel dans leur environnement.

Service de prévention des maladies infectieuses et de protection contre ces maladies

Surdoses de fentanyl dans la ville de Québec

Le 8 juillet 2015, le directeur de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale a ordonné une enquête épidémiologique, mobilisant des partenaires intra et intersectoriels, liée aux surdoses sévères de fentanyl, vendu comme étant de l'oxycodone sur le marché noir. Le fentanyl se présentait sous la forme d'un comprimé bleu avec l'inscription A-215. Un groupe de travail a été mis sur pied et la surveillance a été intensifiée. Des appels à la vigilance ont été transmis aux cliniciens du territoire et des affiches ont été installées dans des milieux stratégiques permettant de joindre la population consommant des drogues. Le bilan de l'enquête, qui s'est terminée en septembre 2015 et qui avait débuté en janvier 2015, fait état de onze surdoses sévères confirmées comme étant liées au comprimé A-215, dont trois ont conduit à un décès. Ce bilan permet de conclure que les communications faites auprès des consommateurs ont été efficaces, puisque le nombre de surdoses sévères a diminué de façon significative après leur diffusion.

Maladie à virus Ebola

Lors de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest, des mesures particulières ont été mises en place le 10 novembre 2014. L'Agence de santé publique du Canada a, en effet, renforcé les mesures de santé publique aux frontières. Tous les voyageurs qui entraient au pays et dont l'itinéraire de voyage comprenait des régions touchées par la MVE devaient être suivis pendant 21 jours pour une prise de température. Ces voyageurs étaient des réfugiés, des travailleurs humanitaires ou des voyageurs (résidents canadiens ou pas) ayant visité les pays affectés.

Pendant toute la durée de l'épidémie, de novembre 2014 à février 2016, la DSPublique a suivi 186 contacts d'Ebola dans la région de Québec (4 contacts à risque modéré et 182 à risque faible). Le 11 décembre 2015, les mesures particulières pour les voyageurs de retour de la Sierra Leone ainsi que du Libéria ont été levées et, en date du 5 février 2016, elles le furent pour les voyageurs de retour de Guinée. Il n'y a plus d'évaluation systématique de ces voyageurs à leur arrivée au Canada et ils ne sont plus tenus de se rapporter à une autorité de santé publique.

Vaccination

En janvier 2016, la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) chez les usagers à risque parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) a débuté. La vaccination s'étendra aux jeunes garçons de la 4e année du primaire dès la rentrée scolaire, en septembre 2016.

Santé au travail

En santé au travail, dans le cadre de l'Entente de gestion et d'imputabilité avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, l'équipe du programme Santé au travail est intervenue dans 282 entreprises (année 2015). Des interventions dans l'organisation des premiers secours et des premiers soins, de la diffusion d'information sur les risques présents dans le milieu de travail et les moyens de les contrôler, de la surveillance environnementale et de la surveillance médicale ont été réalisées.

Au programme Pour une maternité sans danger, 4636 demandes provenant de la Capitale-Nationale ont été traitées, auxquelles se sont ajoutées 252 demandes provenant du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James à la suite d'une entente de collaboration avec ces régions. Dans ces dossiers, des recommandations sont formulées pour permettre le maintien au travail sécuritaire de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

En 2015, 99 travailleurs de 44 établissements différents ont été atteints d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO) d'origine professionnelle. De plus, 57 situations de menace à la santé ont été signalées dans 51 milieux de travail. À la suite des enquêtes réalisées, des interventions spécifiques ont été nécessaires dans 24 milieux de travail.

Promotion, prévention et équité en santé

Ensemble pour agir sur les préjugés

Le 30 juin 2015 se tenait le tout premier Forum sur les préjugés dans la région de la Capitale-Nationale. Plus de 130 personnes provenant des milieux municipal, communautaire, de l'éducation et de la santé et des services sociaux ont répondu à l'invitation de Centraide Québec et Chaudière-Appalaches et de la vingtaine de partenaires de la Mobilisation régionale de lutte contre les préjugés à l'égard des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. Les présentations et les échanges ont permis de mieux comprendre le processus de construction des préjugés et leurs conséquences, tout en déterminant les stratégies et les conditions gagnantes pour agir sur les préjugés. À la suite du Forum, les partenaires ont déterminé le milieu de l'éducation comme cible prioritaire et travaillent à planifier les diverses actions qui seront mises de l'avant au cours des prochaines années. Cette grande initiative de concertation intersectorielle fait suite aux recommandations du rapport du directeur régional de santé publique paru en 2013 *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la Capitale-Nationale*.

L'activité libre : découvrir, s'inspirer et agir pour une vie physiquement active

Plus de 80 personnes des milieux de l'éducation, communautaire, des sports et des loisirs, des services de garde à l'enfance, de la santé et des services sociaux et des services municipaux ont participé, le 4 juin 2015, à la troisième rencontre des partenaires de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé de la Capitale-Nationale. Tout en prenant connaissance de nombreuses initiatives prometteuses favorisant la pratique régulière de l'activité physique présentées tout au long de la journée, M. Claude Dugas, professeur au Département des sciences de l'activité physique de l'Université du Québec à Trois-Rivières, a entretenu les participants sur la découverte du jeu et de l'activité libre comme moyen de promouvoir un mode de vie actif au quotidien. Cette activité s'inscrit dans le cadre de la Planification stratégique 2014-2020 de la Mobilisation qui vise à ce que la Capitale-Nationale devienne une région exemplaire pour la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie et dont la population sera la plus active et en santé, tout en réduisant les inégalités sociales de santé liées aux saines habitudes de vie.

3.4.7 DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE

En 2015-2016, la Direction du programme Jeunesse a intégré les équipes spécialisées en pédopsychiatrie du CHU de Québec–Université Laval à la suite de la cession de certaines activités de cet établissement. L'année a également été marquée par l'élaboration d'une structure basée sur le parcours du jeune et de sa famille visant l'intégration et l'organisation de services hiérarchisés et de proximité. Ce processus soutiendra la démarche d'amélioration de l'accessibilité et du continuum des services généraux universels, spécifiques et spécialisés.

La direction a poursuivi certains travaux des axes première ligne et personnes vulnérables selon les orientations du plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Axe première ligne : premiers services sociaux offerts dans les délais prescrits

Programme sur les pratiques parentales positives : amélioration des délais d'accès à une première intervention pour les jeunes en difficulté et leur famille

Par leur structure en cinq niveaux d'intervention, les pratiques parentales positives (Triple P) permettent de donner des services préventifs, de soutenir les parents et de diminuer les signalements. Ce programme vise, notamment, le développement des compétences parentales en vue d'optimiser le développement des enfants vivant des difficultés. Cette approche se traduit par différentes interventions de groupe et individuelles auprès des familles présentant différents besoins. Depuis janvier 2015, ce programme est offert aux familles ayant des enfants de 0 à 12 ans résidant dans le secteur du CLSC Orléans.

Ce projet expérimental d'implantation multisectorielle, piloté par la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance de l'Université Laval, a permis l'adoption d'une approche clinique commune pour les intervenants. Par son approche intégrée, Triple P favorise la complémentarité des services de soutien offerts aux parents par le réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires consacrés aux familles, le milieu scolaire, les centres de la petite enfance et les garderies privées. Pour les usagers du programme Jeunes en difficulté, le délai moyen pour une

première intervention est passé de 68 à 40 jours, soit une diminution de 40 %. La Direction du programme Jeunesse a entrepris des travaux visant la mise en service de ce programme dans les secteurs présentant un taux de négligence élevé, pour éventuellement faire de même sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale. La population peut accéder au site Internet de ce programme à l'adresse suivante : www.parentspositifs.ca.

Programme régional de crise, d'intervention brève et de suivi intensif dans le milieu : intégration des services de première et de deuxième lignes

Ce programme intègre maintenant, dans une même équipe sous la responsabilité d'un seul gestionnaire, les services offerts conjointement par les anciens établissements, soit le Centre jeunesse de Québec–Institut universitaire (CJQIU) et les quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS). Une réorganisation du travail a été faite afin d'assurer une accessibilité accrue aux usagers. De même, les critères d'accès et les modalités d'orientation ont été revus, ce qui permet d'offrir, dans les 24 heures, aux usagers aux prises avec des problèmes psychosociaux complexes qui se présentent à l'urgence pédopsychiatrique, des services psychosociaux, psychologiques ou de réadaptation.

À la suite de l'instauration de ce nouveau mode de fonctionnement, une augmentation des familles recevant des services de ce programme a été constatée, soit 196 familles comparativement à 111 familles en 2014-2015, ce qui représente une hausse de 76 %. Ce changement a également permis d'améliorer l'accès aux services pour les jeunes vivant une situation de crise et se présentant à l'urgence du CHUL. Le délai moyen d'attente de ces usagers dirigés par l'urgence vers les CLSC est passé de 56 jours à 2 jours.

Les services en périnatalité : optimisation et harmonisation de l'offre de services en périnatalité pour la population universelle

Depuis plus de 10 ans, le Québec connaît une augmentation des naissances d'environ 20 %. Dans la région de la Capitale-Nationale, on observe une augmentation approximative de 30 %. Le continuum de services en périnatalité découlant des différentes orientations ministérielles augmente les activités cliniques en périnatalité. Devant cette réalité et sans qu'il n'y ait eu aucun ajout de ressources, la direction a poursuivi des travaux d'optimisation, de standardisation et d'harmonisation de son offre de services afin de maintenir une offre de services de qualité et sécuritaire répondant aux orientations ministérielles. Ce projet d'optimisation améliore l'accès aux soins infirmiers. Au terme de ces travaux, la nouvelle offre de services sera harmonisée sur l'ensemble du territoire afin de répondre à la nouvelle réalité démographique, tout en respectant les standards reconnus.

Axe personnes vulnérables : améliorer le soutien aux familles en situation de négligence

Programme Élan famille

Conformément aux orientations du plan stratégique 2015-2020 du MSSS pour les populations vulnérables, la Direction du programme Jeunesse, de concert avec la Direction de la protection de la jeunesse, a entrepris la phase d'intégration des services du programme Élan famille. Cela se traduit, notamment, par la mise en place d'un outil clinique commun, soit le Protocole d'évaluation familiale en négligence, et d'un mécanisme de concertation interservices et interprogrammes appelé *zone de partage et de réciprocité* pour l'élaboration du plan d'intervention selon une approche écosystémique et s'appuyant sur des pratiques probantes, reconnues efficaces auprès des usagers. À cela s'ajoutent d'autres modalités favorisant l'intégration des pratiques cliniques, soit les formations croisées (équipes jeunesse des CLSC et application des mesures) et la mise en place de communautés de pratiques conjointes qui assurent le développement d'un langage clinique commun et la continuité clinique et informationnelle dans l'ensemble du continuum de services intégrés en négligence. Ces mesures s'inscrivent dans une mise en œuvre plus vaste, concernant l'ensemble des réseaux locaux de services, qui vise à assurer un meilleur soutien au développement des jeunes vulnérables et à leur famille afin de diminuer le taux d'enfants suivis en protection de la jeunesse pour un problème de négligence.

3.4.8 DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

Pour l'année 2015-2016, la directrice de la protection de la jeunesse a traité 9 525 signalements dans la région de la Capitale-Nationale, soit 2,1 % de plus que l'an dernier. De ces signalements, 3 464 ont été retenus pour évaluation. La négligence et le risque sérieux de négligence demeurent les problèmes les plus signalés représentant 32,2 % des signalements retenus suivis de près par l'abus physique et le risque sérieux d'abus physique représentant 30,7 % des signalements retenus. Les signalements pour mauvais traitements psychologiques ont représenté 16,4 % des signalements retenus, c'est-à-dire 568 signalements, et ceux pour troubles de comportement sérieux, 8,4 %, soit 292 signalements.

3.4.9 DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES

L'année 2015-2016 fut celle de l'intégration de nombreux éléments des programmes Santé mentale et Dépendances qui relevaient auparavant des anciennes organisations. La direction a mis en place une nouvelle

structure de gestion basée sur des principes de proximité et de performance en identifiant des chaînes de valeur visant l'amélioration de la trajectoire des usagers.

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendances a également défini sa mission, sa vision, ses orientations ainsi que sa planification de projets de transformation pour les prochaines années selon le nouveau plan d'action national en santé mentale. En ce sens, un projet stratégique de type Kaizen a eu lieu en novembre 2015.

Le transfert des activités de psychiatrie et de santé mentale du CHU de Québec–Université Laval (UL) vers le CIUSSS de la Capitale-Nationale est devenu effectif le 29 novembre 2015. La Direction des programmes Santé mentale et Dépendances est ainsi devenue responsable de l'ensemble des activités de psychiatrie et de santé mentale de la région. Ce transfert comprenait, notamment, 128 lits de soins aigus en psychiatrie et 3 urgences psychiatriques réparties dans 3 installations du CHU de Québec–UL, la clinique TSO (Troubles de stress opérationnel), le Programme des troubles de la conduite alimentaire, les services de consultations externes et de liaison ainsi qu'un hôpital de jour.

Pour assurer des soins et des services plus accessibles et de qualité, la direction a, entre autres :

- Créé une nouvelle offre de services pour les personnes présentant un trouble de la personnalité. Cette offre inclut des services de spécialistes de la 1re et de la 2e lignes. Cette pratique novatrice a été présentée comme un projet porteur aux Journées annuelles en santé mentale à laquelle plus de cinquante participants provinciaux ont assisté ;
- Mis sur pied une équipe spécialisée dans la thérapie de groupe intégrée (1re et 2e lignes) pour les personnes présentant un trouble anxieux ou de l'humeur ;
- Constitué une 5e équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) ;
- Participé au projet du Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale et du Centre national d'excellence en santé mentale qui vise à favoriser l'instauration des meilleures pratiques psychosociales au sein des équipes de suivi dans la communauté par des activités de formation en ligne, d'échange, de réseautage et de supervision offertes aux intervenants, aux gestionnaires et aux personnes utilisant les services de suivi dans la communauté. La Capitale-Nationale, avec quatre équipes de SIM et deux équipes de suivi d'intensité variable (SIV) participantes est l'une des cinq régions choisies pour ce projet provincial ;
- Mis en œuvre, en partenariat avec des organismes communautaires, une démarche régionale de mobilisation pour des services axés sur le rétablissement et la participation citoyenne. Un comité conjoint est en place et a organisé deux journées régionales pour la promotion de l'approche sur le rétablissement et pour favoriser, dans toutes les actions, la pleine citoyenneté des personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Près de 200 personnes (partenaires communautaires et CIUSSS) ont participé à ces journées ;
- Établi un partenariat avec l'Hôtel 71, qui s'affiche maintenant comme hôtel galerie (d'art) en devenant une succursale de la galerie Vincent et Moi, où des artistes vivant avec un trouble de santé mentale exposent et mettent en vente leurs œuvres ;
- Placé en priorité l'offre de services pour l'entourage des personnes vivant un problème de dépendance en augmentant le nombre de services et leur diversification ;
- Intégré des services spécialisés en dépendance aux services de santé mentale pour permettre aux personnes présentant des troubles concomitants d'avoir un service complet qui répond à leurs besoins. Plusieurs projets sont en cours ;
- Réalisé une activité de type Kaizen pour les services de psychiatrie légale afin de trouver des solutions à différents problèmes. Les cibles fixées ont été atteintes après six mois de travail ;
- Mis en place un comité en prévention des agressions pour la direction avec le Service de santé et de sécurité au travail.

3.4.10 DIRECTION DES PROGRAMMES DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME, ET DÉFICIENCE PHYSIQUE

Regroupement des services

Le regroupement des services offerts par les anciens établissements (le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle, l'Institut en réadaptation physique de Québec et les CSSS) sous la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique permet un changement majeur dans le cheminement de l'usager. L'intégration des équipes de proximité favorisera, à terme, un accès fluide et continu, l'offre du bon service par le bon intervenant, et ce, au bon moment.

Accès aux services pour les usagers de 6 à 21 ans atteints d'un trouble du spectre de l'autisme

Les longs délais d'attente des jeunes atteints d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et de leur famille pour l'accès aux services sont très préoccupants. Ils doivent être réduits : la direction en a fait un projet prioritaire. Ainsi, une démarche structurante a été mise en place en cours d'année afin d'améliorer la prise en charge des usagers de 6 à 21 ans atteints d'un trouble du spectre de l'autisme. Ce projet d'envergure vise l'optimisation des pratiques et de la trajectoire de services selon les principes d'une approche Lean. Des mesures transitoires, mises en place à la mi-janvier 2016, ont permis de prendre en charge 145 usagers supplémentaires. Afin d'assurer la pérennité de l'accès aux services, l'année 2016-2017 s'amorce avec la mise en œuvre des travaux pour l'amélioration de la trajectoire.

Agrandissement et réaménagement des locaux de réadaptation physique de l'installation du chemin Saint-Louis

Ce projet de 28 millions, maintenant terminé, permet d'offrir des espaces à la fine pointe de la technologie pour les thérapies et les consultations, ainsi qu'un environnement plus adapté aux besoins des jeunes vivant avec une déficience physique. Cette installation offre maintenant un environnement d'accueil chaleureux, des milieux de thérapie repensés et une unité de réadaptation fonctionnelle intensive moderne qui améliorent significativement l'accessibilité et la sécurité des services. Ce projet s'est échelonné sur une période de plus de trois ans. Au début de l'année 2016, l'ensemble de l'équipe de réadaptation avait réintégré ses locaux.

Lancement du Programme provincial de développement des habiletés compensatoires avec l'utilisation d'un système télescopique bioptique

Le 4 juin 2015, la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, madame Lucie Charlebois, a annoncé une aide financière récurrente de 100 000 $, attribuée à la mise en oeuvre du Programme provincial de développement des habiletés compensatoires avec un système télescopique bioptique. Ce programme permet à des personnes présentant une basse vision et répondant à des critères précis de développer l'ensemble des connaissances et des habiletés visuelles préalables à la conduite automobile. Conçu conjointement par l'Institut Nazareth et Louis-Braille et l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, ce programme fait suite à un projet pilote ayant permis de structurer des méthodes d'entraînement spécifiques appliquées par une équipe interdisciplinaire en réadaptation travaillant maintenant au sein de la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique.

Construction d'une Maison Martin-Matte et ressources résidentielles adaptées

La Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique a pris la relève dans le projet de construction de la Maison Martin-Matte/Pavillon Patrice-Villeneuve au cours de la dernière année. Ce projet est le fruit des démarches effectuées par l'organisme Milieu de vie TCC (MVTCC) afin d'ouvrir des logements pour dix personnes ayant un traumatisme craniocérébral (TCC).

Le CSSS de Québec-Nord s'était associé à ce projet novateur dans le but d'optimiser son offre de services en ressources résidentielles adaptées et de permettre ainsi à 20 personnes ayant une déficience physique d'avoir accès à un environnement physique adapté et à une offre de services leur permettant de demeurer à domicile le plus longtemps possible. La collaboration de gestionnaires et d'employés de plusieurs directions cliniques et de soutien et de l'organisme MVTCC aura contribué à ce que 17 résidents en foyer de groupe ou en logement plus ou moins adapté, 2 jeunes résidents en centre d'hébergement et un résident en ressource intermédiaire puissent emménager, dès le 30 juin 2016, au Pavillon Patrice-Villeneuve.

Ce nouvel environnement permettra ainsi à dix personnes ayant un TCC et à vingt personnes ayant une déficience physique d'intégrer un milieu de vie favorisant leur pleine participation sociale.

3.4.11 DIRECTION DU PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Au cours de la dernière année, la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées a réorganisé le continuum de soins et de services pour faciliter et simplifier le parcours de l'usager visant à compenser ou à pallier sa perte d'autonomie. La direction a ainsi :

- Organisé les soins et les services par arrondissements municipaux dans une approche de proximité ;
- Créé des cellules interdisciplinaires responsables de la prise en charge, de la priorisation, de l'organisation des soins et des services et du suivi, et ce, dans certains arrondissements ou municipalités régionales de comté ;
- Créé des micromilieux en centre d'hébergement en regroupant des usagers présentant des profils similaires et en adaptant les soins et les services aux particularités de ces usagers ;
- Intégré des services spécialisés de deuxième ligne au programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées ;
- Ouvert 200 nouvelles places en ressource intermédiaire pour personnes âgées.

3.4.12 DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

Au cours de la dernière année, la réorganisation du réseau a impliqué la création d'une nouvelle direction dans les CISSS et les CIUSSS, soit la Direction des services multidisciplinaires (DSM). La mise en place de la DSM au CIUSSS de la Capitale-Nationale demandait d'élaborer une structure d'encadrement et l'architecture des services sous sa gouverne. La DSM a ainsi convenu des fondements liés à ses objets de mission, de vision, de principes de collaboration et d'orientation en considérant le propre de chacun des secteurs d'activité sous sa responsabilité : les services psychosociaux généraux, la liaison, les archives, le soutien aux services de bénévolat et de soins spirituels ainsi que le soutien au développement des pratiques professionnelles qui s'adresse à près de 4 600 intervenants de plus d'une trentaine de disciplines des sciences sociales et répartis dans différentes directions de l'établissement.

De façon plus spécifique, les principales réalisations de la DSM ont été liées au transfert des activités de liaison du CHU de Québec–Université Laval et de celles de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec–Université Laval, à la préparation de l'accueil des réfugiés syriens, à la mise en place du Bureau du majeur inapte, à la contribution à la mise en œuvre des projets prioritaires liés au dossier clinique informatisé et à ceux de l'accès, notamment par la mise en place du service Info-Social, la préparation de l'actualisation du nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille et la réalisation d'une démarche de bilan diagnostique progressant vers un projet de vision organisationnelle des services intégrés de l'accès. La DSM a aussi contribué à la conception et à l'animation d'un processus interdirections visant la réorganisation du soutien clinique dans les directions de l'établissement et la création de cette structure de soutien au sein même de la DSM.

Dans le secteur des pratiques professionnelles de la DSM, plusieurs contributions ont consisté en du soutien individuel et collectif aux professionnels des directions-programmes du CIUSSS, de même qu'en la révision de programmes et d'outils et en la planification et en la réalisation d'actions prioritaires dans le cadre de démarches organisationnelles ou de plans d'actions interdirections concernant l'application de normes et de standards de pratique dans les soins et les services offerts à la population. De plus, la DSM a maintenant sous sa responsabilité le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Ce réseau contribue activement, dans le cadre de mandats confiés par le MSSS aux instituts universitaires de première ligne du Québec, à soutenir l'actualisation du programme GMF et l'intégration des professionnels dans ces milieux de pratique.

Finalement, la DSM a procédé à la mise en place d'un comité exécutif provisoire du conseil multidisciplinaire (CECM) conformément à ses obligations légales. Ce comité, composé des membres des CECM des anciens établissements, a permis d'assurer une continuité des actions en cours et d'entreprendre des mandats lors de la phase de transition du CIUSSS, dont l'élaboration d'un nouveau règlement de régie interne du conseil multidisciplinaire et la mise en place d'une structure régionale pour assurer les liens de collaboration avec les établissements non fusionnés.

3.4.13 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

Accès priorisé aux services spécialisés

L'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) est une priorité ministérielle. En septembre 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux a écrit aux établissements du réseau afin de leur annoncer le lancement des travaux. Le projet vise à offrir un accès aux spécialistes en fonction du requis clinique du patient. L'APSS veut simplifier l'orientation d'un usager en deuxième ligne pour le médecin traitant ; faire en sorte que le patient ne soit plus laissé à lui-même pour se trouver un rendez-vous ; réduire le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous ; instaurer systématiquement des critères de priorisation liés à la condition du patient ; et mettre en place une mesure du temps d'attente standardisé.

L'APSS constitue un ensemble de stratégies et de mécanismes. Un premier volet porte sur l'harmonisation clinique qui se traduit par la mise en place d'une échelle de priorisation unique et l'utilisation d'un formulaire provincial unique par spécialité appelé Demande de service (DS). À terme, 25 formulaires seront créés. Les neuf premiers seront disponibles en juin 2016. Les spécialités visées sont la cardiologie, la gastroentérologie, l'orthopédie, la néphrologie, la pédiatrie, l'urologie, l'ORL, la neurologie et l'ophtalmologie.

Le deuxième volet porte sur les mécanismes d'accès, soit différents moyens tels que l'épuration des listes d'attente dans le secteur des consultations spécialisées et des examens diagnostiques, la centralisation des centres de rendez-vous par installations et la mise sur pied du Centre de répartition des demandes de service (CRDS). Le CRDS a comme principal mandat de recevoir les DS ; de trouver un rendez-vous qui respecte les délais précisés par le médecin traitant selon la condition clinique de l'usager à partir des plages rendues disponibles par les spécialistes pour une première consultation ; d'informer l'usager ; de prendre le rendez-vous ; et d'assurer le suivi auprès du médecin traitant, le cas échéant. Ce dossier est abordé avec les partenaires du territoire.

Service préhospitalier d'urgence (SPU)

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale procédera bientôt à l'ouverture officielle du Centre de formation paramédicale de la Capitale-Nationale au pavillon Arthur-Vallée. Il y a déjà quatre salles de formation dotées de matériel à la fine pointe de la technologie qui permettent d'offrir un environnement convivial aux techniciens ambulanciers paramédicaux instructeurs et aux participants tout en favorisant le meilleur environnement pédagogique. La réorganisation de la structure de formation débutée en 2014 et la création du centre de formation ont permis au CIUSSS de la Capitale-Nationale de se démarquer au niveau provincial. Certaines régions du Québec nous ont approchés pour nous confier la formation de leur personnel paramédical, ce qui nous a permis de développer une offre de services suprarégionale.

Au printemps 2015, une formation a été donnée aux techniciens ambulanciers paramédicaux de la région 03 leur permettant d'administrer un médicament pour renverser les effets néfastes d'une drogue de rue en pleine expansion sur le territoire. La mise en oeuvre de ce nouveau protocole d'intervention préhospitalière a permis de prévenir les effets néfastes sur la morbidité et la mortalité liés à la consommation de cette drogue. Cette nouvelle approche a été reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En octobre 2015, une formation a été offerte aux techniciens ambulanciers paramédicaux de la région 03 pour mettre à jour leurs connaissances sur les meilleures pratiques afin de pouvoir confirmer la présence d'un infarctus du myocarde à l'aide d'un électrocardiogramme. Cette nouvelle approche a permis de confirmer 86 infarctus du myocarde de plus que les années précédentes, et ce, après quatre mois seulement, et de permettre à ces usagers d'accéder rapidement au traitement de choix qui est l'angiographie primaire, avec un effet positif majeur sur la morbidité et la mortalité associées à cette pathologie.

Globalement, 9842 heures de formation ont été offertes aux 600 techniciens ambulanciers paramédicaux de la région, et 3092 heures de formation, aux premiers répondants des huit services de la région 03.

Département régional du service de pharmacie du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Principales réalisations

- Mise en oeuvre du plan d'organisation administratif du département
- Contrat pour la gestion des soins et des services pharmaceutiques des unités de soins du CIUSSS de la Capitale-Nationale situées au CHU de Québec–Université Laval
- Système centralisé d'additifs aux solutés de la pharmacie de Baie-Saint-Paul qui assure les préparations stériles de tout le CIUSSS, incluant les installations de la région de Portneuf
- Prise en charge de 400 lits de CHSLD privés conventionnés
- Soins et services pharmaceutiques pour l'aide médicale à mourir
- Soins et services pharmaceutiques pour l'arrivée des réfugiés syriens

Activités de recherche

- Étude des impacts et guide d'accompagnement du pharmacien en GMF
- Deux projets de recherche en psychiatrie présentés à un congrès international des premières psychoses, à Florence, en Italie

Activités de formation continue et d'enseignement

- Présentations des pharmaciens du CIUSSS de la Capitale-Nationale à différents congrès, aux équipes de soins et aux facultés de pharmacie et de médecine de l'Université Laval. Sujets traités : soins palliatifs, psychiatrie, personnes âgées, santé physique

Plusieurs publications, dont certaines récompensées

- Prix IMS-Brogan pour la sécurité des traitements d'insulinothérapie en CHSLD
- Prix IMS-Brogan pour le traitement de l'herpès labial

3.4.14 DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

Au cours de sa première année, la Direction des soins infirmiers (DSI) du CIUSSS de la Capitale-Nationale a élaboré sa structure d'encadrement et mis en place l'architecture des services sous sa gouverne. Cette direction chapeaute trois volets : le volet conseil en soins infirmiers, celui de la coordination des activités et celui des soins et des services généraux.

Le volet conseil a la responsabilité du développement des pratiques, du soutien clinique en soins infirmiers et de la prévention et du contrôle des infections. En cours d'année, plusieurs interventions ont été réalisées par les conseillères en soins infirmiers auprès des équipes de soins afin de soutenir le personnel infirmier et de rehausser la qualité de la pratique.

Le volet de la coordination d'activités, quant à lui, assure une couverture régionale de gestion le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés. Trois cellules de coordination ont été mises en place selon les spécificités des programmes et le territoire géographique à couvrir. L'instauration de ce service a permis, notamment,

d'intégrer plusieurs systèmes de garde en place au moment de la création du CIUSSS.

Le volet des soins et des services généraux comprend les soins infirmiers courants, les soins infirmiers en groupe de médecine de famille et en clinique-réseau Québec, plusieurs programmes spécifiques (Info-Santé, Centre antipoison du Québec, Traité santé, Alliance, infirmières pivots en oncologie), les services de prélèvements, la Clinique santé des réfugiés ainsi que les unités de soins de santé physique.

Mise en place d'un CECII

La DSI a également procédé à la mise en place d'un comité exécutif du conseil des infirmières et des infirmiers (CECII) transitoire afin de respecter ses obligations légales. Ce comité composé des membres des CECII des anciens établissements a permis d'assurer la continuité des actions en cours et d'entreprendre des mandats dans la phase de transition du CIUSSS, dont l'élaboration d'un nouveau règlement de régie interne du conseil des infirmières et des infirmiers (CII).

Chambre de soins palliatifs à l'Hôpital de La Malbaie

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale, en partenariat avec la Fondation du Centre hospitalier Saint-Joseph de La Malbaie, a procédé à l'ouverture d'une chambre de soins palliatifs. Cet espace, conçu spécifiquement pour les usagers en fin de vie et leurs proches, a accueilli au cours de sa première année 37 patients.

Clinique santé des réfugiés de Québec

La Clinique santé des réfugiés de Québec reçoit, en moyenne, 330 usagers par année. Pour l'année 2015-2016, en raison de l'arrivée massive de réfugiés syriens, la clinique a accueilli 590 personnes, dont 251 réfugiés syriens. De plus, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux et en collaboration avec l'équipe de sécurité civile, la clinique a mobilisé temps et énergie pour mettre en activité un éventuel site d'hébergement temporaire sur la base militaire de Valcartier.

3.4.15 DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES

La Direction de l'enseignement et des affaires universitaires vise à soutenir le développement de l'excellence des soins de santé et des services sociaux au CIUSSS de la Capitale-Nationale et au Québec, en intégrant la mission universitaire aux activités cliniques et de soutien par :

- La formation des futurs intervenants universitaires ;
- La promotion et le soutien à l'innovation et au développement des pratiques de pointe associées à la recherche et à l'évaluation ;
- Le soutien à la prise de décision basée sur l'évaluation des technologies et des modes d'intervention ;
- L'animation du processus de transfert de connaissances par la mise en place de stratégies issues des données probantes ;
- Le rayonnement de connaissances et d'expertises aux plans local, régional, national et international.

Faits saillants de la direction

- Accueil et formation de 6000 étudiants et de 120 résidents en médecine familiale
- Huit projets d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, pour soutenir la prise de décision
- Seize pratiques de pointe en cours de développement, présentant une valeur ajoutée pour les usagers du CIUSSS de la Capitale-Nationale
- Offre de différentes formations (formation réseau, téléformation, apprentissage en ligne) et produits de valorisation
- Tenue d'activités de rayonnement aux plans local, régional, national et international
- Nombreux partenariats avec les centres de recherche pour augmenter les retombées pour les milieux de soins et de services

3.4.16 DIRECTION DE LA RECHERCHE

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)

- Le statut du CIRRIS a été renouvelé par l'Université Laval pour les cinq prochaines années (2016-2021) et a été reconnu par le Fonds de recherche du Québec–Santé (FQRS) pour les quatre prochaines années.
- Depuis la création du CIUSSS de la Capitale-Nationale, afin de s'associer à la nouvelle Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique, le CIRRIS a recruté des chercheurs intéressés à travailler sur les problématiques DITSA, et plusieurs chercheurs du CIRRIS ont manifesté le désir de développer ces thématiques de recherche. Ces thématiques en émergence ont même été inscrites dans les deux demandes de renouvellement.

- En janvier 2015, l'Institut en réadaptation physique de Québec et le CIRRIS ont mis sur pied le Bureau de partenariat et d'innovation (BPI). Son objectif consiste à promouvoir l'innovation, le transfert de connaissances et le partenariat, autant en recherche qu'au sein des unités cliniques de cette installation. Le soutien apporté par l'équipe du BPI a permis, en quelques mois, d'amener un changement de culture en innovation et en transfert de connaissances.

Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL)

- Le CERSSPL-UL a été reconnu officiellement par les fonds de recherche du Québec Santé et Culture.

Centre de recherche Institut universitaire en santé mentale de Québec

- Le gouverneur général du Canada, Son Excellence le très honorable David Johnston, et son épouse Sharon ont visité le Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ).
- HoPE (Horizon Parent-enfant) : la Fondation de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) a accordé la subvention Pour mieux soigner, d'une valeur de 250 000 $ au projet HoPE du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui vise à améliorer l'accès et la continuité des services en santé mentale.
- Bell Cause pour la cause est fier d'investir en santé mentale au Québec en versant un don d'un million à la Fondation de l'IUSMQ pour le soutien aux nouvelles recherches, comme l'élaboration, par le centre de recherche de l'IUSMQ, d'un outil de dépistage précoce de la maladie mentale.
- Le Dr Yves De Koninck s'est vu octroyer une Chaire de recherche du Canada en douleur chronique et troubles cérébraux.
- La Dre Shirley Fecteau a vu sa Chaire de recherche du Canada sur la cognition, la prise de décision et la plasticité cérébrale de l'être humain renouvelée.
- L'Université de Montréal a décerné un doctorat honoris causa au Dr Yves De Koninck.
- Le Dr Jean-Pierre Julien a été décoré du prix Jonas Salk pour son apport exceptionnel à la recherche sur la maladie de Lou Gehrig.
- Deux chercheurs du Centre de recherche de l'IUSMQ, M. Charles M. Morin et le Dr Yves De Koninck, ont été élus à la Société royale du Canada en reconnaissance de leur contribution exceptionnelle à la vie intellectuelle au Canada.
- Le Prix Royal-Mach-Gaensslen pour la recherche en santé mentale a été décerné à M. Jean-Martin Beaulieu.
- Le Dr Pierre Marquet est devenu le 25e titulaire de la Chaire d'excellence en recherche du Canada, allouée pour une septième fois au Québec. Le Dr Marquet associe les disciplines de la photonique et de la psychiatrie pour l'exécution de recherches novatrices visant à examiner les cellules et les tissus cérébraux de façon non invasive afin d'établir la prédisposition des jeunes aux troubles psychiatriques.

Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec

- M. George Tarabulsy, Ph. D., a été nommé directeur scientifique de l'Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Chercheur de renom, M. Tarabulsy réalise des travaux fondamentaux et appliqués portant sur le développement des enfants, particulièrement sur le rôle des expériences précoces et des premiers liens parents-enfants dans l'organisation émotionnelle, sociale, cognitive et psychophysiologique des enfants grandissant dans des circonstances de vulnérabilité sociale.

3.4.17 DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

À l'été 2015, la Direction des services techniques a entrepris le projet d'optimisation du parc immobilier dont les objectifs sont :

- Diminuer les dépenses de location en maximisant l'utilisation des espaces disponibles dans les immeubles en propriété ;
- Améliorer les liens fonctionnels et favoriser le rapprochement des services complémentaires ;
- Regrouper physiquement les membres des équipes de tous les arrondissements et des municipalités régionales de comté afin d'offrir des services de proximité aux usagers.

Ce projet d'optimisation s'appuie sur le principe de la densification des espaces par l'adoption de standards reconnus (occupation simple ou multiple ou à aires

ouvertes, selon le profil de l'occupant) et de dimensions normées.

Afin d'élaborer un plan global qui permettra d'atteindre les objectifs, une démarche de consultation a été réalisée auprès de l'ensemble des directions d'août 2015 à février 2016. L'ensemble des déménagements de la phase 1 permettront, à terme, de mettre fin à une dizaine de baux de location pour des économies annuelles de plus 1,5 million. La démarche de consultation s'est poursuivie auprès des directions cliniques afin d'élaborer le scénario de la phase 2. Cette phase touche principalement les directions-programmes et vise surtout à rapprocher certaines équipes des usagers.

Le nombre de personnes à déplacer est très important : plus de 1 800 personnes sur 18 mois.

Les efforts investis sont considérables, mais les bénéfices prévus sur l'efficacité et l'efficience des opérations et sur la qualité des services offerts aux usagers les justifient amplement.

Enfin, la Direction des services techniques est grandement engagée dans le projet de construction du nouvel hôpital de Baie-Saint-Paul qui abritera également un centre d'hébergement. L'annonce officielle du début des travaux avait été faite en avril 2015 par le premier ministre du Québec, M. Philippe Couillard, et le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette. Le projet se réalise selon les délais et les échéanciers prévus. Des rencontres régulières ont lieu afin de suivre l'évolution des travaux avec la Société québécoise des infrastructures et le groupe Pomerleau. Des visites ont également été organisées de manière à permettre de mesurer l'ampleur du chantier et l'avancement des travaux.

3.4.18 DIRECTION DE LA LOGISTIQUE

Inexistantes au sein des établissements avant la réorganisation du réseau, les directions de la logistique des CISSS et des CIUSSS devaient se définir. L'organisation a choisi une structure de gestion innovatrice basée sur le modèle européen qui consiste à intégrer, dans cette direction, l'ensemble des composantes logistiques, de la demande jusqu'à la livraison au point d'utilisation. La structure de gestion de la Direction de la logistique permet donc cette intégration et assure une simplicité pour ses usagers. Pour sa première année, la Direction de la logistique s'est concentrée sur la mise en place de cette structure opérationnelle et expérimente actuellement ce modèle intégrateur.

3.4.19 DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Au cours de la dernière année, la Direction des ressources informationnelles a mis en place la structure d'encadrement qui permet de regrouper les équipes des ressources informationnelles des anciens établissements, maintenant fusionnés et, pour l'un d'entre eux, regroupé, et d'amorcer la transformation vers une gestion centralisée de tous les aspects des activités sous sa responsabilité. Tout en conservant la priorité du maintien du bon fonctionnement des actifs en place et celle du soutien aux utilisateurs, requis pour assurer la continuité des services, des actions ont été entreprises selon trois principaux axes :

Harmonisation et simplification des systèmes

L'inventaire des équipements et des applications réalisé à l'été 2015 et la consultation auprès de toutes les directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont servi de base à l'élaboration du Plan de regroupement des actifs. Pour soutenir la continuité de l'information clinique, le projet du Dossier clinique informatisé (DCI) se trouve en tête des priorités. L'ensemble des travaux pour harmoniser les systèmes s'effectuera selon les orientations du ministre de la Santé et des Services sociaux reçues en décembre 2015.

Réalisation de projets majeurs

En plus de sa contribution à la réalisation des projets organisationnels concernant les ressources informationnelles, la direction a participé au déploiement du Dossier médical électronique (DMÉ) dans la majorité des UMF-GMF et à celui du Système d'information des laboratoires (SIL) régional réalisé en collaboration avec le CHU de Québec-Université Laval, ainsi qu'à la mise en place de l'accès au Dossier santé Québec (DSQ) pour les intervenants de la région. La mise à niveau du système d'opération du parc de postes de travail et les travaux liés à la sécurité des serveurs comptent parmi les actions ayant permis d'assurer la sécurité et la continuité des informations.

Harmonisation des pratiques et des procédures de travail

La mise en place des processus de gestion des projets et du portefeuille de projets, et la prise de connaissance des différents environnements réalisés dans l'année visent à assurer une transition adéquate vers les nouvelles pratiques, et ce, sans impact sur la continuité et la disponibilité des services.

4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale répond aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes de la Loi sur l'administration publique, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Elle vise à apprécier l'évolution globale de la production de services et de la performance du réseau qui résulte de la mise en œuvre des grandes orientations du MSSS et du réseau de la Capitale-Nationale.

La reddition de comptes de l'entente de gestion porte sur deux catégories de résultats :

- Des résultats associés à des attentes spécifiques à l'égard du CIUSSS de la Capitale-Nationale par certaines directions générales du MSSS, dont un certain nombre liés à la mise en place de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (chapitre III de l'entente de gestion CIUSSS de la Capitale-Nationale–MSSS). Nommés biens livrables, ces résultats consistent à la réalisation de processus administratifs dont rendent compte divers documents à transmettre au MSSS à des dates déterminées (listes, lettres, bilans, états de situation, validations, plans de travail, etc.) ;
- Des résultats à atteindre associés à des objectifs ministériels, dont ceux du Plan stratégique 2015-2020 pour l'année 2015-2016 (chapitre IV de l'entente de gestion CIUSSS de la Capitale-Nationale–MSSS). Ces résultats consistent en la mesure de la production et de la performance des services à l'aide d'indicateurs quantitatifs déterminés par le MSSS. Ils sont produits majoritairement à l'aide de deux outils ministériels, le Tableau de bord de l'information de gestion (TBIG) et le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED). Les indicateurs sont alimentés par les grandes banques clinico-administratives nationales ou par collectes spécifiques dans GESTRED.

Le bilan annuel de l'entente de gestion et d'imputabilité est l'occasion de présenter des informations explicatives sur les résultats, surtout concernant les engagements qui n'ont pas été atteints. L'année financière terminée, une collecte d'informations est réalisée auprès de chaque direction afin qu'elle confirme les tendances observées, précise les raisons expliquant la non-atteinte des cibles de l'année et les mesures prévues pour corriger la situation. Un outil de collecte est accessible dans le portail Web de l'Unité de la gestion et du suivi de l'information (UGSI). Une synthèse par secteur d'activité est ensuite réalisée et consignée dans ce même outil. Les informations sont conservées de manière à pouvoir se référer, au besoin, à l'historique des explications.

Les résultats 2015-2016 de la reddition de comptes sont regroupés en trois parties : les attentes spécifiques (les livrables), les indicateurs du plan stratégique et les indicateurs de l'entente de gestion.

Remarque importante sur l'appellation des anciens établissements

En attendant les normes qui régiront l'appellation des anciens établissements fusionnés et regroupés dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale et par commodité, puisque les noms et les codes n'ont pas encore été modifiés dans les systèmes d'information, les anciens noms d'établissements ont été utilisés pour rendre compte des résultats. Le lecteur sera avisé qu'il s'agit bien des missions et des installations du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

4.1 ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ – LES RÉSULTATS

LES ATTENTES SPÉCIFIQUES

SECTION 1 : MISE EN ŒUVRE DE LA LOI

Priorité		Livrable attendu	État d'avancement
1.1	Procédures internes du conseil d'administration	Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.2	Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) - (CM) - (CII)	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.3	Examen des plaintes	Processus adoptés pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.4	Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.5	Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.6	Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.7	Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.8	Programme d'accès en langue anglaise	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~
1.9	Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.10	Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Privilèges des médecins et des dentistes

Dans le *Bulletin*, vol. 11, n° 41, il est précisé que la mise à jour des privilèges des médecins et des dentistes n'est pas à compléter d'ici le 31 mars 2016, conformément à l'entente mentionnée dans leur entente de gestion et d'imputabilité. Des nouvelles directives seront diffusées par le ministère à cet effet d'ici le mois de juin 2016.

SECTION 2 : SANTÉ PUBLIQUE

Priorité		Livrable attendu	État d'avancement
2.1	Priorités régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

SECTION 3 : SERVICES SOCIAUX

Priorité		Livrable attendu	État d'avancement
3.1	Offre de services sociaux généraux	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.2	Jeunes et leur famille	Validation des grilles	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.3	Personnes ayant une déficience - Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.4	Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	Ententes de collaboration signées avec les autres établissements, le cas échéant	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.5	Programme-services Dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.6	Personnes aînées - repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.7	Personnes aînées - évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plans d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.8	Personnes aînées - respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.9	Personnes aînées - assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les Appuis régionaux	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Personnes aînées – repérage des personnes âgées de 75 ans et plus

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale n'a pas précisé de modalité pour le repérage des personnes âgées de 75 ans et plus. Il connaît toutefois le nombre d'aînés de plus de 75 ans qui fréquentent les urgences, mais le repérage des personnes en perte d'autonomie n'y est pas fait systématiquement.

Le repérage des aînés s'inscrit dans l'approche de l'AAPA (approche adaptée à la personne âgée). La première année de fonctionnement du CIUSSS n'était pas propice à la mise en place de nouvelles modalités de repérage. Des comités tactiques sont en reprise actuellement pour développer les modalités à instaurer. Des travaux sont également planifiés pour redéfinir les trajectoires des différents guichets d'accès et des équipes de liaison.

La date de planification de la réalisation à 100 % est le 31 mars 2017.

SECTION 4 : SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

Priorité		Livrable attendu	État d'avancement
4.1	Accès aux services spécialisés	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~
4.2	Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire GESTRED	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.3	Accès aux services de première ligne	Lettres de confirmation	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.4	Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.5	Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.6	Continuum de services en cardiologie (suivi)	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~
4.7	Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Accès aux services de première ligne – Lettre de confirmation

Toutes les lettres de confirmation ont été envoyées à 23 des 27 GMF. Les dates butoirs des quatre GMF manquants sont les suivantes :

- GMF-UMF Haute-Ville : date d'échéance de la convention le 16 juillet 2016 ; date limite pour déposer la demande d'adhésion le 16 juin 2016 ;
- GMF-UMF Laval-Québec : date d'échéance de la convention le 11 janvier 2017 ; date limite pour déposer la demande d'adhésion le 11 décembre 2016 ;
- GMF Cité Verte : date d'échéance de la convention le 23 février 2017 ; date limite pour déposer la demande d'adhésion le 23 janvier 2017 ;
- GMF L'Hêtrière : date d'échéance de la convention le 23 février 2017 ; date limite pour déposer la demande d'adhésion le 23 janvier 2017.

SECTION 5 : FINANCES, IMMOBILISATIONS ET BUDGET

Priorité		Livrable attendu	État d'avancement
5.1	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire GESTRED	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

SECTION 6 : COORDINATION

Priorité		Livrable attendu	État d'avancement
6.1	Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
6.2	Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1 – Plan de travail	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
		2 – Bilan des activités	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné

SECTION 7 : PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ

Priorité		Livrable attendu	État d'avancement
7.1	Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
7.2	Évaluer la performance – suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~

SECTION 8 : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Priorité		Livrable attendu	État d'avancement
8.1	Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.2	Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concernéé
8.3	Dossier médical électronique (DMÉ)	1 – Nom du responsable DMÉ	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
		2 – Plan de soutien	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.4	Rehaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.5	Gouvernance et gestion des ressources informationnelles (RI)	1 – Planification triennale des projets et activités en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
		2 – Programmation annuelle des projets et activités en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
		3 – Bilan annuel des réalisations en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
		4 – État de santé des projets	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.6	Regroupement des ressources informationnelles	1 – État des lieux	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
		2 – Plan d'action pour le regroupement des RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.7	Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.8	Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020

SÉCURITÉ ET PERTINENCE

Objectif de résultat : 8
Renforcer la prévention et le contrôle des infections liées au séjour en milieu hospitalier.

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.01.19.01-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au *Clostridium difficile* (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	Voir note	100	100
1.01.19.02-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	Voir note	100	100

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 1er juin 2016
Note : données non disponibles pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale

Tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont un taux de diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) conforme au taux établi.

Il en va de même pour les taux de bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM).

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Objectif de résultat : 3
Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.01.24-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	Voir note	2 449	3 279

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 4 mai 2016
Note : conformément aux consignes du Bulletin, vol. 12, n° 1, il n'y a pas de résultat 2014-2015 à inscrire.

L'engagement est atteint pour ce qui est du nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes de 15 à 24 ans. Le nombre d'activités de dépistage s'élève à 3279, soit 830 de plus que l'engagement fixé à 2449.

Objectif de résultat : 4
Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne.

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.25-PS Nombre total de GMF	28	30	27
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	75,6	75,5	76,3

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 27 avril 2016

1.09.25-PS Nombre total de GMF

Avec un résultat de 27 groupes de médecine de famille (GMF), les 30 groupes prévus dans l'engagement n'ont pas été atteints.

Les GMF sont des organisations soumises à plusieurs facteurs affectant la variation de leur nombre, ce qui rend difficile l'atteinte de l'objectif de 30 groupes : les fermetures, les fusions, le manque de médecins et les règles d'adhésion qui se succèdent pendant toute l'année.

Sur le territoire de Portneuf, le GMF Portneuf Sud-Est et le GMF Portneuf Nord-Ouest ont fusionné. Au 1er avril 2016, le GMF Portneuf, composé de neuf installations, a été reconnu GMF par le ministre et a obtenu son adhésion au nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille.

Le nouveau programme pour les GMF a pris effet le 26 novembre 2015. La plupart des GMF (24) ont dû faire leur demande d'adhésion et tous avaient reçu leur reconnaissance du ministre le 1er avril 2016. Le GMF-UMF Haute-Ville devra déposer sa demande d'adhésion au plus tard le 16 juin 2016. Pour sa part, le GMF-UMF Laval-Québec devra soumettre sa demande avant le 11 décembre 2016 et le GMF L'Hêtrière, le 23 janvier 2017.

Deux nouveaux GMF ont reçu une première reconnaissance : le GMF Québec-Nord et le GMF La Cité médicale de Charlesbourg. Dans les prochaines semaines, le projet GMF Clinique Proactive Santé-La Cité Limoilou sera déposé au ministère pour une reconnaissance. Il a obtenu une recommandation du DRMG le 11 mai 2016.

Au moment d'écrire ces lignes (mai 2016), la région compte 28 GMF : le réseau local de services (RLS) de Charlevoix a 2 GMF ; le RLS de Portneuf a 1 GMF ; le RLS de Québec-Nord en a 11 ; le RLS de la Vieille-Capitale en a 14. En juin, le RLS de la Vieille-Capitale aura un 15e GMF, soit la Clinique Proactive Santé-La Cité Limoilou, ce qui portera le total à 29 GMF.

Une demande de dérogation a été acceptée pour maintenir le statut de GMF au GMF Neufchâtel, malgré le fait qu'il n'avait pas suffisamment d'inscriptions pour adhérer au nouveau programme. Du soutien lui est apporté afin qu'il maintienne ses activités jusqu'en janvier 2017.

Depuis l'implantation des GMF en 2002, trois cliniques ont perdu leur statut de GMF, soit le GMF Quatre-Bourgeois, le GMF Duchâtel et le GMF Le Nordet, en raison du nombre insuffisant de médecins pour offrir les services attendus.

Récemment, des discussions ont été tenues dans le but d'ouvrir un nouveau GMF sur la Côte-de-Beaupré. De plus, l'UMF Saint-François-d'Assise aura l'obligation de devenir GMF dans les prochains mois.

1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille

L'engagement voulant que 75,5 % de la population soit inscrite auprès d'un médecin de famille est atteint. Le résultat observé dans la région de la Capitale-Nationale est de 76,3 %, soit 0,8 point de plus que ce qui était visé.

Malgré l'atteinte de l'objectif, le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille reste précaire. Plusieurs médecins ont pris leur retraite ces derniers mois, ce qui a eu pour effet d'augmenter le nombre de patients sans médecin de famille inscrits au guichet. Actuellement, le guichet d'accès pour les personnes sans médecin de famille subit d'importants changements qui ont pu ralentir les inscriptions auprès de médecins. Notons que ces

inscriptions se font auprès de médecins qui acceptent, sur une base volontaire, de prendre en charge de nouveaux patients. Les médecins qui désirent prendre en bloc un grand nombre de patients ou les médecins qui commencent leur pratique et qui désirent prendre plusieurs patients inscrits au guichet ne peuvent pas le faire pour l'instant. Les médecins ont maintenant accès au nouveau Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), et ce guichet leur attribue dix patients à la fois.

Tous les médecins qui s'installeront dans la région cette année devront s'engager à prendre en charge entre 250 et 500 patients, ce qui constitue un important levier. De plus, à la suite du changement récent des règles, les médecins qui obtiendront des privilèges de pratique dans un établissement devront obligatoirement s'engager à prendre en charge un certain nombre de patients. Ces mesures contribueront à accroître les inscriptions auprès de médecins de famille de la région de la Capitale-Nationale. Pour les médecins, ce défi est un enjeu prioritaire.

PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE

Objectif de résultat : 5
Réduire le temps d'attente à l'urgence.

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	8,2	12	7,5
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures.	63,2	63,2	64,0
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures.	79,9	77,9	78,1

* Résultats en date du : 1.09.1 = 29 avril 2015, 1.09.43 = ND, 1.09.44 = ND ** Résultats en date du 27 avril 2016

1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence

La durée moyenne de séjour pour les patients sur civière à l'urgence était de 7,5 heures à la période 13. L'engagement de ne pas dépasser 12 heures est donc atteint, la durée moyenne de séjour observée étant plus courte de 4,5 heures.

1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures.

1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures.

Le résultat observé à la période 13 indique que l'engagement pour l'indicateur 1.09.43 a été atteint, puisque 64 % des patients ont bénéficié d'une prise en charge médicale à l'urgence en moins de 2 heures, soit 0,8 point de plus que les 63,2 % visés.

Concernant l'indicateur 1.09.44, soit le pourcentage des patients ambulatoires dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures, l'objectif a été atteint. Avec un résultat de 78,1 %, il dépasse l'engagement situé à 77,9 %.

Parmi les facteurs affectant la performance des urgences se trouvent l'instabilité des équipes médicales et de soins infirmiers et l'augmentation du nombre de consultations sans ajout d'effectifs. De plus, la modification des règles pour les services préhospitaliers, qui vise à favoriser la consultation des usagers sur leur territoire d'appartenance, a pour effet d'augmenter le nombre d'usagers de même que la complexité des raisons de consultation.

Une stratégie de recherche sur les causes ou la confirmation des hypothèses sera élaborée et des plans d'action seront produits en conséquence.

SERVICES SPÉCIALISÉS

Objectif de résultat : 6
Assurer des soins et des services spécialisés dans les délais médicalement acceptables.

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an - ensemble des chirurgies	10	0	0
1.09.32.01-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	S. O.
1.09.32.02-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	0	0	S. O.
1.09.32.03-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	1	0	0
1.09.32.04-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	7	0	0
1.09.32.05-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	2	0	0
1.09.32.06-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	0	0	S. O.

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 27 avril 2016

Le résultat à la période 13 indique qu'il n'y a pas de patient en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies.

En conséquence, il n'y a pas d'attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte, une chirurgie d'un jour et une chirurgie avec hospitalisation.

L'engagement est atteint pour toutes les chirurgies.

SERVICES SPÉCIALISÉS

Objectif de résultat : 6
Assurer des soins et des services spécialisés dans les délais médicalement acceptables.

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.34.01-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	100	90	100
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	100	90	100
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100	90	100
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	92,9	90	100
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	76,8	90	98,5
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	65,6	90	67,7
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	97,7	90	91
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	100	90	100
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	S. O.	S. O.	S. O.

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 13 mai 2016

1.09.34.01-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies

Avec un résultat de 100 %, le pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour les usagers électifs en imagerie médicale pour les graphies atteint l'engagement fixé à 90 %.

1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies

Le pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour les usagers électifs en imagerie médicale pour les scopies atteint l'engagement prévu. Avec un résultat de 100 %, il le dépasse même, puisque l'engagement était fixé à 90 %.

1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques

Le pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour les usagers électifs en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques est à 100 %, un résultat qui dépasse l'engagement fixé à 90 %.

Malgré ces bons résultats, l'offre de services du CIUSSS de la Capitale-Nationale s'est vue restreinte par la perte d'agrément de l'Hôpital régional de Portneuf pour la mammographie de dépistage offerte dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Plusieurs actions sont entreprises pour corriger la situation : validation de la conformité de l'appareil ; formation des technologues par la compagnie de l'appareil et par l'Ordre des technologues en imagerie médicale et en radio-oncologie du Québec ; validation des images radiologiques par les radiologistes ; évaluation des technologues en imagerie médicale en juin 2016 par l'Ordre. Le tout se terminera par des démarches auprès de l'Association canadienne des radiologistes afin d'obtenir de nouveau l'agrément.

1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales

Le pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour les usagères électives en imagerie médicale pour les échographies obstétricales est à 100 %, un résultat qui dépasse l'engagement fixé à 90 %.

1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques

Avec un résultat de 98,5 %, le pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour les usagers électifs en imagerie médicale pour les échographies cardiaques atteint l'objectif fixé.

1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires

1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies

Le pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour les usagers électifs en imagerie médicale pour les échographies mammaires (1.09.34.06) n'atteint pas l'objectif prévu. Son résultat est de 67,7 % de demandes réalisées dans les délais, soit 22,3 points de moins que l'engagement fixé à 90 %.

Le pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour les usagers électifs en imagerie médicale pour les autres échographies (1.09.34.07) s'élève à 91 %, un résultat qui dépasse l'engagement fixé à 90 %.

Pour ces deux indicateurs, le résultat est expliqué par l'offre limitée en couverture médicale par le CHU de Québec-Université Laval pour le secteur de Portneuf.

Une nouvelle entente entre le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le CHU de Québec-Université Laval sera soumise sous peu au ministère. Une augmentation de la disponibilité des radiologistes est attendue. De plus, une épuration de la liste d'attente sera faite.

Pour Charlevoix, un deuxième appareil de mammographie est disponible et l'arrivée de médecins augmentera la capacité de réponse à la demande.

Le ministère a accepté d'abaisser l'engagement à 75 % en 2016-2017 pour l'indicateur 1.09.34.06 (échographies mammaires), ce qui, avec les mesures prises, permettra d'atteindre la cible.

1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries

Le pourcentage des demandes de services en attente de moins depuis trois mois pour les usagers électifs en imagerie médicale pour les tomodensitométries est de 100 %, un résultat qui dépasse l'engagement fixé à 90 %.

SERVICES SPÉCIALISÉS

Objectif de résultat : 7
Améliorer la survie des patients atteints de cancer.

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	80	90	87,5

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 27 avril 2016

Avec un résultat de 87,5 % de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours, l'engagement de 90 % n'est pas atteint, mais l'écart n'est que de 2,5 points.

L'absence de médecins consultants peut expliquer certains retards. De plus, le formulaire n'était pas bien rempli antérieurement, de sorte qu'il était difficile de connaître le nombre exact de chirurgies oncologiques.

Des modifications au formulaire de chirurgie ont été apportées afin de pouvoir inscrire les chirurgies pour un cancer confirmé ou suspecté. L'atteinte de la cible de 90 % est réaliste. Des contacts avec les chirurgiens sont effectués par la chef de service.

PERSONNES ÂGÉES

Objectif de résultat : 10
Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée.

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	ND Voir note	9 841	9 979
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	ND Voir note	90	62,9

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 16 mai 2016
Note : données non disponibles pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale

1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DITSA)

L'engagement concernant le nombre de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Déficience physique (DP) et Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DITSA)) atteint son objectif, avec un résultat de 9979 personnes, soit 138 de plus que l'engagement fixé à 9841.

1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DITSA)

Le pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée dont l'évaluation a été mise à jour et bénéficiant d'un plan d'intervention n'atteint pas son objectif. Le résultat de 62,9 % est de 27,1 points inférieur à l'engagement de 90 %.

Avec la mise en place des différentes directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale, le mouvement important des cadres clinico-administratifs n'a pas favorisé les actions de soutien à l'autonomie. De plus, les efforts ont été mis sur l'atteinte des cibles en hébergement.

Un comité directeur de la mise en oeuvre de l'Approche soutien à l'autonomie a été mis en place regroupant l'ensemble des acteurs clés du CIUSSS. Ce comité inclut une structure de suivi de la performance et vise, entre autres, l'uniformisation du Plan de services individualisé et d'allocation de services (PSIAS) dans l'ensemble du parcours de l'usager, et ce, même lorsqu'il est admis en hébergement. L'instauration d'outils soutenant la pérennisation est en cours.

PERSONNES ÂGÉES

Objectif de résultat : 11
Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées.

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'Approche adaptée à la personne âgée	0	100	0
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	50	ND	25

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 17 mai 2016
Note : ce résultat vient du T-BIG, comme demandé par le MSSS.

1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'Approche adaptée à la personne âgée

Le pourcentage des milieux hospitaliers ayant mis en place les composantes 1, 2 et 6 de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) n'atteint pas son objectif. L'engagement veut que toutes les installations concernées (100 %) aient mis en place à 100 % les composantes en question. Bien que deux installations du CIUSSS aient atteint cet objectif à 85 %, cela n'est pas suffisant pour atteindre l'engagement prévu pour l'indicateur.

La mise en place des différentes directions du nouvel établissement a créé beaucoup de mouvements parmi les porteurs de l'AAPA. La Direction des soins infirmiers a procédé à la nomination de nouvelles conseillères cadres dans ce secteur, et ce changement a entraîné une instabilité dans les modalités de l'offre de services, considérant le transfert de certaines unités vers cette direction. Ainsi, le développement n'a pas été assuré, mais les actions déjà en place ont été maintenues et consolidées.

Une structure de gouverne régionale est développée pour recadrer les différentes actions, assurer la coordination interdirections et la réalisation des actions requises à l'atteinte de la cible.

Des activités de formation et d'accompagnement offertes par des mentors et des intervenants piliers pour soutenir la mise en place des composantes de l'AAPA est en cours.

De plus, la nomination de nouvelles conseillères cadres en soins infirmiers permettra de soutenir et d'évaluer les composantes pour le maintien et le suivi de la qualité.

1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale

Avec un résultat de 25 %, le pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) instaurés de façon optimale n'atteint pas l'objectif, ce dernier consistant au résultat observé en 2014-2015 (50 %). Le résultat indique qu'un seul des quatre réseaux locaux de services a mis en place à 80 % et plus les composantes du RSIPA. La méthodologie de l'indicateur a changé en 2015-2016, ce qui peut expliquer l'écart entre les deux résultats.

Les résultats détaillés permettent de constater l'avancement des RSIPA : le CSSS de la Vieille-Capitale a mis en place 84,2 % des composantes ; le CSSS de Québec-Nord, 79,5 % ; le CSSS de Portneuf, 72,9 % ; et le CSSS de Charlevoix, 62,7 %.

Le repérage avec les outils d'identification systématique des aînés à risque (ISAR) ou le Prisma 7 est un défi dans la région, cette orientation n'étant pas actualisée dans les urgences du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Cependant, la mise en place de l'outil ISAR a été effectuée dans les urgences du CHU de Québec–Université Laval et de l'IUCPQ–Université Laval. L'arrimage du suivi avec les partenaires régionaux à la suite du repérage est à mettre en place.

La composante de la gestion de cas doit être établie selon les trois nouveaux critères, puisque les intervenants affectés à la gestion de cas n'y répondent pas actuellement. De plus, un arrimage avec les médecins de famille en GMF est à parfaire, mais sera facilité grâce à la phase 2 du projet Alzheimer.

Un mécanisme formel de suivi de la qualité des outils d'évaluation multiclientèle (OEMC) doit également être développé. La Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées procède actuellement à la création d'un comité pour le suivi de la qualité, qui relève d'un agent multiplicateur unique et qui intègre l'ensemble des formateurs de la région.

Des travaux sont également en cours pour favoriser l'harmonisation des pratiques et des orientations sur l'ensemble des territoires concernant les pratiques du Plan d'intervention (PI), du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et du Plan de services individualisé (PSI).

Des travaux de révision sont à faire pour soutenir la coordination des réseaux locaux de services (RLS). Un plan d'action est en élaboration afin de formaliser les mécanismes de coordination des RLS et des GMF dans les différents arrondissements.

La création des cellules de travail interdisciplinaires en soutien à domicile (SAD) va intégrer l'actualisation des orientations ministérielles en gestion de cas.

PERSONNES VULNÉRABLES

Objectif de résultat : 12
Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes.

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	2 279	2 084	2 174
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	ND	53	51

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du : 1.09.05 = 4 mai 2016, 1.09.45 = 10 mai 2016

1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile

Le nombre d'usagers en soins palliatifs ou de fin de vie à domicile a dépassé l'engagement, avec 2174 usagers, soit 90 de plus que l'engagement.

Une gouverne en soins palliatifs sera mise en place à la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées afin de maintenir les acquis et le développement de l'offre de services selon les nouvelles orientations ministérielles.

1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie

Le nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie n'atteint pas tout à fait son engagement avec un résultat de 51, pour un objectif de 53.

L'écart de deux lits s'explique par la situation de Charlevoix. L'engagement était de cinq lits pour ce territoire et il a atteint trois lits. Le besoin actuel de lits est en fonction du volume d'activités cliniques et de la capacité d'utilisation des lits dans le milieu, ce qui devrait se traduire dans Charlevoix par trois lits plutôt que cinq.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale souhaite optimiser l'utilisation des lits réservés à ces usagers dans les municipalités régionales de comté (MRC). La Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées procèdera cette année à la mise en place d'une gouverne au sein de l'établissement pour suivre cette utilisation. De plus, une étude est en cours au regard de l'utilisation des lits en soins palliatifs, plus particulièrement pour les usagers demeurant pour un long séjour en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Ces données soutiendront la prise de décision quant à l'orientation d'utilisation de certains lits en soins palliatifs dans ces milieux.

PERSONNES VULNÉRABLES

Objectif de résultat : 14
Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves.

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le ministère	ND	1 419	1 256
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le ministère	ND	378	495

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 12 mai 2016

1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le ministère

Les 1256 places en soutien d'intensité variable (SIV) reconnues par le ministère, incluant les places offertes par des organismes communautaires à la suite d'ententes de service, n'atteignent pas l'engagement fixé à 1419 places.

Le portrait actuel correspond à la réalité en termes d'effectifs consacrés au SIV. Les équivalents temps complet (ETC) des centres d'activité « soutien dans la communauté », dont l'offre de services ne correspond pas à du SIV n'ont pas été comptabilisés. Le fait que la cible ne soit pas atteinte s'explique par le nombre insuffisant d'ETC consacrés au SIV.

Des ressources affectées au SIV seront ajoutées. De plus, des projets d'optimisation sont prévus au sein de certaines équipes afin d'augmenter le temps clinique pour s'assurer de l'atteinte du ratio 1 ETC pour 18 places.

1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le ministère

Le nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues pas le Ministère est de 495, un résultat qui dépasse l'engagement fixé à 378.

MOBILISATION DU PERSONNEL

Objectif de résultat : 18
Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau.

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	ND	5,80	6,35
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	ND	2,50	2,49
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	ND	2,21	1,73

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 4 mai 2016

3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire

Le nombre d'heures en assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées par l'ensemble du personnel, incluant le personnel d'encadrement, n'atteint pas son objectif. Avec un résultat de 6,35 %, l'engagement maximal de 5,80 % est dépassé de 0,55 point.

Les résultats n'incluent pas les ressources humaines du CHU de Québec–Université Laval et celles de l'IUCPQ–Université Laval transférées sous la responsabilité du CIUSSS (gériatrie et santé mentale), qui représentent environ 5 % des effectifs du CIUSSS.

Considérant que les systèmes d'information du CIUSSS de la Capitale-Nationale sont tous indépendants (non fusionnés) et que l'organisation est en grande transformation, il devient plus difficile et complexe d'extraire rapidement des données fiables permettant de cibler précisément les foyers générateurs d'absence, sans compter que ces exercices exigent beaucoup de temps et, souvent, un important traitement manuel des données.

De plus, la réorganisation au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale influence grandement le nombre de départs pour invalidité. En effet, l'éclatement de certaines équipes de travail, les changements de fonction et d'installation, la surcharge de travail, le mouvement massif du personnel d'encadrement ont des impacts sur le taux d'assurance salaire. Concrètement, selon les indicateurs disponibles, les installations les plus fortement touchées par les hausses d'assurance salaire sont le Centre jeunesse de Québec (CJQ) et le CSSS de la Vieille-Capitale (CSSSVC).

Pour le CJQ, les secteurs d'activité à surveiller sont la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), la Direction des services aux jeunes et à leur famille et la Réadaptation interne et foyers de groupe, particulièrement pour les titres d'emploi suivants : agente de relation humaine, éducatrice, agente d'intervention, agente administrative et gardien. Bien qu'il soit difficile de faire de liens directs, il se dégage de nos observations que la diminution des heures régulières et des heures supplémentaires, associée à une augmentation du nombre de signalements de 42 %, semble avoir eu un effet important sur le taux d'assurance salaire. Ces constats ont été transmis à la DPJ afin de poursuivre l'analyse.

Pour le CSSS de la Vieille-Capitale, les secteurs à surveiller sont les centres hébergement Notre-Dame-de-Lourdes, Saint-Antoine, Christ-Roi et Hôpital général de Québec. Le titre d'emploi préposé aux bénéficiaires (PAB) est particulièrement touché. À la période 13, pour l'ensemble des centres d'hébergement du CSSSVC, 207 invalidités actives en assurance salaire étaient dénombrées. De ces 207 invalidités, 154 provenaient des quatre centres d'hébergement précités. Parmi ces dernières, 75 (49 %) touchaient des PAB dont le motif d'invalidité le plus important concernait la santé mentale (43 %).

Les mesures suivantes ont été entreprises :

- Rencontres avec les gestionnaires et la direction des centres d'hébergement les plus affectés pour faire un état de situation et prendre connaissance de la réalité des milieux ;
- Sensibilisation de la DPJ aux constats faisant suite à l'analyse des indicateurs ;
- Intensification du suivi des dossiers d'absentéisme chronique ;
- Intensification de la gestion médico-administrative ;
- Dépôt d'un plan d'action sur la gestion intégrée de la présence au travail ;
- Formation des nouveaux membres pour la reconstruction de l'équipe de gestion de la présence au travail.

3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires

3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante

Pris globalement, avec un résultat de 2,49 % d'heures supplémentaires par rapport au nombre total d'heures travaillées, l'objectif fixé pour l'indicateur 3.05.02 ne dépasse pas l'engagement de 2,50 %.

Certains anciens établissements, dont le CSSS de Portneuf, le CSSS de Québec-Nord, l'Hôpital Jeffery-Hale–Saint Brigid's et l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, avec des taux supérieurs à leur engagement, n'atteignent toutefois pas leur cible.

Le résultat global du CIUSSS pour l'indicateur 3.06.00 atteint son objectif avec 1,73 % d'heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante par rapport au nombre total des heures travaillées, soit un écart de 0,48 point de moins que l'engagement de 2,21 %.

Seuls les anciens établissements CSSS de Portneuf et CSSS de Québec-Nord n'atteignent pas leur objectif.

En raison de la réorganisation du CIUSSS, une pause dans les demandes d'embauche au cours de l'automne 2015 a été observée. Le tout s'explique par le fait que les gestionnaires du volet clinique étaient en mouvement ou nouvellement arrivés à un nouveau poste, auprès d'une nouvelle équipe.

Un Kaizen sera fait à la Direction des ressources humaines et des communications (DRHC) afin d'établir le processus de détermination des besoins d'embauche pour le CIUSSS.

INDICATEURS DE L'ENTENTE DE GESTION 2

SANTÉ PUBLIQUE

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	23,9	53	21,2

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 4 mai 2016

Le résultat indique que l'engagement n'a pas été atteint. Avec un résultat de 21,2 %, le pourcentage d'écoles qui mettent en place l'approche École en santé est en deçà de l'engagement prévu à 53 %.

Ce résultat est principalement causé par un problème de collecte et de transmission des données : toutes les interventions relatives à l'alimentation, au mode de vie physiquement actif et à la cour d'école ne sont pas saisies par les intervenants responsables dans le système informatique I-CLSC. Seule l'intervenante responsable de l'approche École en santé saisit ses interventions. Des différences marquées d'un territoire à l'autre dans la saisie produisent des résultats qui ne reflètent pas la réalité. Par exemple, sur le territoire du CSSS de Portneuf, aucune statistique n'est saisie, ce qui vient expliquer les écarts.

Un comité de travail est en place afin que l'ensemble des intervenants développe une compréhension commune des différentes interventions faites dans le cadre de l'approche École en santé. Des discussions ont déjà débuté avec le ministère afin de colliger les différentes données tout au long de la mise en œuvre de cette approche dans les écoles.

Un travail de collaboration avec le Service des archives sera nécessaire afin de trouver des solutions pour contrer l'absence de compilation des statistiques par les différents professionnels concernés. Une formation à ce sujet sera prochainement offerte à tous ces intervenants.

SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	S. O.	S. O.	S. O.
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	ND	100	0

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 24 mai 2016

1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)

Il n'y a pas de comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel pour la mission centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dans l'établissement, c'est-à-dire un comité multidisciplinaire ayant tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière. L'indicateur n'atteint donc pas l'engagement fixé à 100 %.

La réorganisation induite par la mise en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales et la fusion de différents établissements ayant des missions différentes n'ont pas permis de mettre en place un comité de prévention des infections nosocomiales. Cela n'a toutefois pas empêché la tenue d'activités de coordination visant l'atteinte des objectifs de prévention et de contrôle des infections nosocomiales dans les différentes missions de l'établissement, incluant la mission CHSGS.

Un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales pour l'ensemble du CIUSSS de la Capitale-Nationale sera mis en place dès l'automne 2016.

SERVICES GÉNÉRAUX

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	S. O.	90	84,6

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 27 avril 2016

Au terme de la période 13, l'engagement voulant que le service de consultation téléphonique pour des services sociaux réponde à 90 % des appels dans un délai de 4 minutes ou moins n'a pas été atteint. Avec un résultat de 84,6 %, l'écart avec l'engagement est de 5,4 points.

Il y a eu un retard dans la mise en place des nouveaux services. La ligne est effective depuis le 10 décembre 2015 seulement. Depuis le 7 mars 2016, l'équipe de Québec couvre le quart de 8 h à 16 h à raison de 7 jours par semaine. Pour toutes les autres plages horaires, il y a une bascule vers l'équipe d'Info-Social de Montréal, le temps que l'équipe 24/7 soit constituée. L'établissement est en démarche de dotation de postes et de formation des nouveaux employés.

DÉPENDANCE

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	83,2	80	83,7

*** Résultats en date du : ND** **** Résultats en date du 4 mai 2016**

Le pourcentage des personnes en dépendance évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins atteint l'engagement prévu. Le résultat de 83,7 % dépasse l'engagement de 3,7 points.

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	90	100	100

*** Résultats en date du : ND** **** Résultats en date du 27 avril 2016**

Tous les patients (100 %) sont traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours. L'engagement est donc atteint.

DÉFICIENCE

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,1	90	86,2
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	ND	90	95,6
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	57,2	90	61,5
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	ND	90	32,5

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 4 mai 2016

1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

Les demandes de services traitées en CLSC dans les délais standards pour les personnes ayant une déficience physique représentent 86,2 % de toutes les demandes. L'engagement établi à 90 % n'a pas été atteint, mais le résultat est près de la cible.

Le grand nombre de demandes de niveau urgent a un impact défavorable sur le résultat de l'indicateur. Trop de demandes sont qualifiées urgentes, alors qu'elles ne le devraient pas, puisque les demandes urgentes doivent normalement être exceptionnelles.

Le CSSS de Québec-Nord connaît d'importantes difficultés dans le respect des standards. Le personnel de plusieurs installations, anciennement sous la gouverne des équipes SAPA, connaît très peu les standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.

La table des gestionnaires d'accès a été réactivée à la fin d'avril 2016. Cette instance travaille de façon prioritaire au suivi des listes d'attente et, par le fait même, des taux de respect des standards, l'objectif étant de mettre en place des outils de suivi rigoureux. De plus, des formations seront offertes aux gestionnaires et aux intervenants concernés.

1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

Les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. Le taux des demandes de services traitées en centre de réadaptation (CRDP) selon les délais standards pour les personnes ayant une déficience physique est à 95,6 %, toutes priorités confondues, dépassant ainsi l'engagement de 5,5 points.

Des efforts importants ont été réalisés par l'équipe de gestion de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) pour effectuer de près le suivi des listes d'attente. Les résultats démontrent que la responsabilisation des gestionnaires, une révision des processus de travail et la mise en place d'outils de gestion efficaces permettent d'atteindre les cibles du ministère. Le défi sera maintenant d'étendre cette formule à l'ensemble de la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique.

1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

Les demandes de services traitées en CLSC dans les délais standards pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (DITSA) s'élèvent à 61,5 %. L'engagement établi à 90 % n'a pas été atteint.

L'offre de services en CLSC destinée aux usagers du programme DITSA représente un défi depuis plusieurs années. Pour le CSSS de la Vieille-Capitale, les demandes de niveaux urgent et élevé ont fait considérablement baisser le résultat, puisque la cible pour les demandes de niveau modéré est atteinte. Le très grand volume de demandes de niveau élevé auxquelles il faut répondre en un mois occasionne une forte pression sur les équipes. De son côté, le CSSS de Québec-Nord peine à répondre à l'ensemble des demandes, peu importe leur niveau de priorité. Comme mentionné précédemment, le suivi des taux de respect des délais d'accès a été négligé au cours des dernières années. L'ensemble du processus doit être repris avec les nouveaux gestionnaires et les intervenants.

La réactivation de la table des gestionnaires d'accès, de même que la formation des gestionnaires et des intervenants, contribuera à instaurer un suivi rigoureux des délais d'accès.

1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

Le taux des demandes de services traitées en centre de réadaptation dans les délais standards pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme est de 32,5 %, un résultat inférieur de 57,5 points au regard de l'engagement (90 %).

Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle connaît d'importantes difficultés dans l'atteinte des cibles du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, et ce, depuis plusieurs années. L'organisation des services et la façon de gérer les listes d'attente occasionnent des délais imposants. L'augmentation du volume des usagers présentant un trouble du spectre de l'autisme et la faible fluidité dans les continuums de services se traduisent par des délais d'accès toujours plus longs.

D'importants travaux visant l'optimisation des pratiques cliniques, la révision des processus de gestion des listes d'attente et le développement d'outils de gestion ont débuté à la Direction des programmes DITSADP, ce qui devrait entraîner une amélioration significative des résultats au cours de l'année 2016-2017.

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	0	100	100

* Résultats en date du : ND ** Résultats en date du 27 avril 2016

Le niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et en salubrité est à 100 % et atteint ainsi son engagement.

RESSOURCES TECHNOLOGIQUES

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	47,8	95	24,7

*** Résultats en date du : ND** **** Résultats en date du 27 avril 2016**

La proportion des ressources à jour dans le Répertoire de ressources en santé et services sociaux (RRSS) n'atteint pas la cible. Avec un résultat de 24,7 %, l'indicateur se situe en deçà de l'engagement de 95 %.

Le RRSS était auparavant sous la responsabilité de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Lors de la réorganisation du système de santé et des services sociaux, le RRSS s'est trouvé fragilisé pendant quelques mois, et les données au sujet de plusieurs ressources n'ont pu être mises à jour pendant cette période de transition. En septembre 2015, le Service des communications du CIUSSS de la Capitale-Nationale a repris la responsabilité du RRSS. Une responsable régionale a été nommée et a dû s'approprier la totalité du RRSS en ne pouvant y consacrer que quelques heures par semaine, ce qui était insuffisant pour faire la mise à jour de plus de 1800 ressources.

En janvier dernier, un plan de redressement a été soumis par le Service des communications à la Direction des ressources humaines et des communications afin de remédier à la situation. Une équipe permanente a été créée pour mettre à jour le RRSS. De plus, des procédures ont été écrites afin de s'assurer du transfert des connaissances. Trois agentes administratives ont été engagées à temps plein pour une période de trois à quatre mois dans le but d'atteindre l'engagement de 95 %. Selon les prévisions de l'équipe du RRSS, cet engagement sera atteint à la fin du mois de juillet 2016. L'objectif, par la suite, sera de maintenir le RRSS à jour afin que l'engagement exigé soit respecté tout au long de l'année.

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

5.1 L'AGRÉMENT

L'année 2015-2016 fut une année de transition pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Les installations des anciens établissements devaient assurer le suivi des processus d'agrément déjà établis avant l'annonce de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Les installations de Charlevoix ont ainsi reçu, à l'automne 2015, la visite d'Agrément Canada. C'est avec fierté que le CIUSSS de la Capitale-Nationale s'est vu accorder le renouvellement de son agrément pour ces installations. Dans une optique d'amélioration, le rapport de la visite émettait différentes recommandations avec des échéanciers pour avril 2016 et avril 2017. Au moment d'écrire ces lignes, l'établissement avait obtenu la confirmation que les exigences pour avril 2016 avaient été satisfaites. Les équipes sont maintenant à l'œuvre pour répondre à celles d'avril 2017.

De son côté, le Centre jeunesse de Québec–Institut universitaire recevait, à l'automne 2015, la visite du Conseil québécois d'agrément (CQA). C'est avec succès qu'il s'est vu accorder son renouvellement d'agrément. Comme le prévoit le processus du CQA, un plan d'amélioration a été déposé par l'établissement. Les travaux afin d'actualiser ce plan selon les échéanciers déterminés ont été entrepris.

Le Centre de réadaptation en dépendance de Québec a reçu, quant à lui, la visite du CAQ dans le cadre de l'actualisation de son plan d'amélioration. Cette rencontre a pu démontrer, à la satisfaction de l'organisme accréditeur, tous les efforts fournis par ce centre de réadaptation pour réaliser le plan d'amélioration 2014-2018.

Des rapports d'avancement des travaux ont aussi été déposés par l'ancien CSSS de Québec-Nord et par l'Institut en réadaptation physique de Québec à la satisfaction du CQA.

5.2 LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

5.2.1 MESURES DE CONTRÔLE

En cette première année de fonctionnement du CIUSSS de la Capitale-Nationale, quelques constats ont été tirés concernant les mesures de contrôle. Le premier consistait en la nécessité d'uniformiser et de centraliser la collecte d'informations devant alimenter les indicateurs de mesures de contrôle. Avant la fusion, chaque milieu possédait son protocole, son système d'information ou sa méthode de collecte et ses propres définitions de l'information à recueillir. En attendant la mise sur pied d'un système de gestion standardisé et centralisé des mesures de contrôle au CIUSSS de la Capitale-Nationale, il a été convenu, pour la prochaine année, de développer un processus uniforme de collecte de données permettant d'évaluer les mesures de contrôle. Trois indicateurs ont été retenus, soit le taux de contentions autres que les côtés de lits, le taux de côtés de lits (utilisés en tant que contention) et le taux d'isolement. Cela favorisera la comparaison et l'interprétation dans chaque direction-programme.

Le deuxième constat concerne les écarts observés dans certains milieux entre la pratique et les orientations ministérielles. Pour remédier à la situation, il est prévu d'apporter aux pratiques les modifications requises à l'automne 2016, afin d'assurer la conformité à ces orientations.

5.2.2 RECOMMANDATION DU CORONER

Nous n'avons reçu aucune recommandation en provenance du coroner pour l'année 2015-2016.

5.3 LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT

La grande majorité des usagers du CIUSSS mis sous garde le sont à la demande de l'IUSMQ.

- Nombre de mises sous garde préventive : 125

  Garde préventive d'autres centres hospitaliers transférée à l'IUSMQ : 280

- Nombre de mises sous garde provisoire : 98

  Garde provisoire d'autres centres hospitaliers transférée à l'IUSMQ : 37

- Nombre de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil du Québec :

  Garde régulière : 117

  Garde régulière d'autres centres hospitaliers transférée à l'IUSMQ : 9

- Nombre de demandes de mise sous garde présentées au tribunal par l'établissement :

  372 demandes (comprenant les gardes provisoire et régulière) présentées par l'IUSMQ

  143 demandes (comprenant les gardes provisoire et régulière) présentées par un autre centre hospitalier et transférées à l'IUSMQ

- Nombre d'usagers différents visés par une mise sous garde préventive, provisoire ou autorisée :

  340 usagers différents

Données pour les unités du CIUSSS situées physiquement au CHU de Québec–Université Laval

- Nombre de mises sous garde préventive ou provisoire : 403
- Nombre de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil du Québec : 128
- Nombre de demandes de mises sous garde présentées au tribunal par l'établissement : 202
- Nombre d'usagers différents visés par une mise sous garde préventive, provisoire ou autorisée : 307

5.4 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes concernant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est disponible sur le site Internet de l'établissement à www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca. Les données suivantes sont extraites de ce rapport.

Le régime d'examen des plaintes, défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, prévoit quatre types de dossiers pour lesquels la commissaire intervient :

- La plainte par laquelle l'usager ou son représentant exprime son insatisfaction à l'égard des services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir ;
- L'intervention de toute personne autre qu'un usager ou son représentant, mais qui agit dans l'intérêt des usagers, signalant au commissaire une situation qui porte ou risque de porter préjudice à un usager ou à un groupe d'usagers. La commissaire peut aussi intervenir de sa propre initiative si elle constate des situations préjudiciables dans l'exercice de sa fonction ;
- L'assistance, soit, habituellement, une demande d'aide de la part de l'usager (ou de son représentant) pour toute démarche concernant l'obtention de soins ou d'un service ;
- La consultation, soit une demande d'avis portant, notamment, sur toute question relevant de la compétence de la commissaire, les droits des usagers et le Code d'éthique de l'établissement.

Au cours de l'exercice 2015-2016, 1793 dossiers ont été traités par le commissariat aux plaintes et à la qualité des services.

DOSSIERS CONCLUS EN 2015-2016

Dossiers conclus	Nombre
Plaintes	604
Interventions	166
Assistance	812
Consultations	158
Plaintes contre des membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou des résidents en médecine	53
TOTAL	**1793**

PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTE

Motifs de plainte	Nombre
Accessibilité	149
Relations interpersonnelles	180
Soins et services offerts	220

PRINCIPAUX MOTIFS D'INTERVENTION

Motifs d'intervention	Nombre
Organisation du milieu et ressources matérielles	41
Relations interpersonnelles	39
Soins et services offerts	61

Le régime d'examen des plaintes, défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, prévoit que les insatisfactions relatives à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou d'un résident en médecine soient examinées par un médecin examinateur.

Au cours de l'exercice 2015-2016, 53 dossiers ont été traités par les médecins examinateurs.

PLAINTES À L'ÉGARD DE MÉDECINS, DE DENTISTES OU DE PHARMACIENS

Plaintes reçues durant l'exercice 2014-2015 en voie de traitement le 31 mars 2015	4
Plaintes reçues durant l'exercice 2015-2016	57
Plaintes conclues durant l'exercice 2015-2016	53
Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice 2015-2016	8

MOTIFS DE PLAINTE

Motifs de plainte	Nombre
Accessibilité et continuité	4
Aspect financier	0
Droits particuliers	3
Organisation et ressources matérielles	0
Relations interpersonnelles	18
Soins et services offerts	32
TOTAL	**57**

5.5 L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Volet expérience patient

Le nouvel organigramme du CIUSSS de la Capitale-Nationale accorde une place importante aux usagers. En effet, une équipe est maintenant consacrée aux volets de l'expérience patient et de l'éthique. Cette fonction inclut aussi les volets de l'usager partenaire et le soutien aux comités d'usagers.

La première action réalisée en 2015-2016 a été la mise en place du Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique. Son but est de recevoir, d'analyser et d'orienter toutes demandes relatives à l'expérience patient, à l'éthique clinique, à l'usager partenaire et aux comités d'usagers. Ce bureau est accessible à l'ensemble du personnel, aux usagers ainsi qu'à leurs proches et à leur famille. Il a aussi pour mandat d'instaurer, au sein de l'établissement, le modèle du partenariat avec l'usager. Ce modèle vise particulièrement l'expérience de l'usager et sa participation à la prise de décision qui le concerne.

La contribution des usagers dans l'organisation des soins et des services et leur niveau de satisfaction au regard des services obtenus demeurent une des priorités de l'établissement. Au cours des derniers mois, le Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique a consulté les personnes responsables des anciens établissements fusionnés et regroupés afin de connaître leurs modalités pour recueillir les commentaires des usagers et évaluer leur satisfaction. À la suite de ces échanges, le Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique a convenu d'assurer, de façon transitoire, la continuité des mesures en vigueur dans les anciens établissements. De plus, entre juillet 2015 et le 31 mars 2016, le Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique a été sollicité pour la mise en place de mesures de satisfaction en partenariat avec les comités des usagers et les directions concernées. Des sept mesures prévues, quatre sont finalisées, soit :

- Direction du programme Jeunesse, services pour la famille, l'enfance et la jeunesse : Sondage sur l'accès aux services pour les enfants présentant un retard de développement. Participants au sondage : parents d'enfants de 0 à 5 ans ;
- Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées : Sondage d'évaluation de la satisfaction relative au service d'entretien des vêtements personnels des résidents en centre d'hébergement visés par le second recours collectif. Participants au sondage : résidents, proches et familles ;
- Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique : Sondage relatif à la satisfaction des personnes hébergées en résidence pour personnes âgées. Participants au sondage : résidents ;
- Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique : Sondage de satisfaction des personnes hébergées en ressource intermédiaire et en ressource de type familial, secteur jeunesse. Participants au sondage : jeunes et parents.

Au total, 467 usagers ont répondu aux différents sondages. Les trois autres mesures de satisfaction sont à l'étape de la validation des questionnaires.

De plus, le comité des usagers du centre intégré (CUCI) a mis en place un sous-comité de travail au regard de la satisfaction des usagers. Jusqu'à maintenant, le sous-comité a élaboré son plan d'action 2016-2017 dont une des priorités est de « mettre en place un processus d'appréciation de la satisfaction des usagers qui permettra de répondre aux exigences d'Agrément Canada et aux recommandations découlant des visites effectuées par le ministère de la Santé et des Services sociaux en centre d'hébergement, en ressource intermédiaire et en ressource de type familial. »

Volet comité des usagers

Le 15 septembre 2015, le comité des usagers du centre intégré (CUCI) a tenu sa première rencontre officielle. Ce comité est composé de dix membres nommés par les présidents de chaque comité des usagers des anciens établissements et de cinq membres provenant des comités de résidents.

Au cours de cette première année, le CUCI a réalisé plusieurs actions, dont la tenue d'une activité destinée à tous les membres des comités des usagers et des comités de résidents afin de présenter leur rôle et leurs responsabilités. Cette activité avait aussi pour objectif de permettre à tous ces membres de faire connaissance. Elle s'est déroulée le 9 mars 2016, et plus de 60 personnes y ont participé.

À l'issue de sa première année d'existence, le CUCI a adopté le règlement sur ses règles de fonctionnement et mis en place cinq sous-comités de travail.

6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

En juin 2014, la Loi concernant les soins de fin de vie a été adoptée. Cette loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. Elle précise les droits de ces personnes en assurant que chacune ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité et adaptés à ses besoins pour prévenir et apaiser ses souffrances. La loi fait également mention des exigences particulières relatives à certains soins de fin de vie, notamment l'aide médicale à mourir, les directives médicales anticipées et la sédation palliative continue.

La loi prévoit que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. Cette politique tient compte des orientations ministérielles et doit être diffusée au personnel de l'établissement, aux professionnels de la santé et des services sociaux qui y exercent leur profession, aux usagers en fin de vie et à leurs proches. La politique portant sur les soins de fin de vie du CIUSSS de la Capitale-Nationale a été adoptée par le comité de direction le 23 novembre 2015. Cette politique poursuit l'ensemble des objectifs de la loi. On y trouve un addenda aux codes d'éthique des anciens établissements qui constituent le CIUSSS de la Capitale-Nationale afin d'inclure les nouveaux droits des usagers.

Le programme clinique déposé est un complément aux programmes cliniques en soins palliatifs existant au sein des anciens établissements. Le complément traite de l'aide médicale à mourir, des directives médicales anticipées, de la sédation palliative continue, du développement des compétences des intervenants en soins de fin de vie et de l'admission des usagers en fin de vie.

La Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées doit élaborer, au plus tard le 30 juin 2016, un programme clinique unifié sur les soins de fin de vie. Ce programme clinique portera sur les soins de fin de vie à domicile, dans les lits communautaires, en centre d'hébergement et en CHSGS. Il inclura une procédure clinique portant sur la sédation palliative continue.

RAPPORT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET À LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE* (LOI 2, CHAPITRE III, ART. 8)

Excercice 2015-2016 (10 décembre 2015 au 9 juin 2016)

Activité	Information demandée	Site ou installation[6]				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée[1] pour la période du ___10 déc. 2015___ au ___9 juin 2016_____ Informations complémentaires : données des hôpitaux Baie-Saint-Paul et La Malbaie ne sont pas disponibles - De plus, les unités hospitalières UCDG (HEJ- CHUL - HSFA) et URFI (HSS) du CHU de Québec-Université Laval sont toujours intégrées dans les hôpitaux concernés.	ND				S. O.
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée[2] pour la période du __10 déc. 2015____ au ___9 juin 2016____ Informations complémentaires : cet indicateur correspond au nombre de décès dans le centre. Des équipes consacrées soins palliatifs sont présentes. — Système source Clinibase		431			S. O.
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile[3] pour la période du ___10 déc. 2015___ au __9 juin 2016_____ Informations complémentaires : système source I-CLSC			1348		S. O.
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs[4] pour la période du __10 déc. 2015____ au 9 juin 2016_____ Informations complémentaires : la Maison Michel-Sarrazin établissement privé détenteur d'un permis de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Donc, l'établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie et faire rapport au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie (Loi 2, art.8). Ainsi, le CIUSSS CN n'a pas à faire ce suivi. Il sera fait par le directeur général de la Maison Michel-Sarrazin				S. O.	S. O.
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées			A		21
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées			B		9
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées			C		7
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs[5] Informations complémentaires : personne en fin de vie a changé sa décision - personne en fin de vie est devenue inapte			D		2

Notes du tableau

* Le rapport du directeur général doit être transmis au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie tous les six (6) mois à partir de la date d'entrée en vigueur de la Loi 2 et pour 2 ans (Loi 2, art.73). Les dates des périodes à considérer pendant les dispositions transitoires (art. 73) seront les suivantes: du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016, du 10 juin 2016 au 9 décembre 2016, du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017, du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017. L'établissement transmet, le plus tôt possible, le rapport à la Commission sur les soins de fin de vie (art. 73).

** Considérant qu'il n'est pas possible actuellement d'identifier les personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre I, art.3), la nouvelle information demandée, soit le Nombre de personnes en SPFV, obtenue à partir des banques de données nationales, permettra de donner un aperçu des personnes en SPFV par milieu de soins.

S. O. : n'ayant pas lieu de figurer. Donc, il ne faut pas additionner les nombres par site ou installation parce qu'ils viennent de sources de données et de périodes différentes.

1 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le système MED-ÉCHO, par exemple, a une Directive de codage — Soins palliatifs (21.3) — Classifications médicales MED-ÉCHO, en vigueur le 1er avril 2006 et révisée le 1er juillet 2013.

2 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le Formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admisses hors lit réservé aux SPFV.

3 — Indiquer la source de données utiliséesur sur la ligne Informations complémentaires. Le système I-CLSC, par exemple, saisit les informations sur les personnes avec un code d'intervention 121 — Services en soins palliatifs — Programme Santé physique.

4 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le Formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans les maisons de soins palliatifs.

5 — Les motifs de la non administration de l'aide médicale à mourir devront être indiqués dans le rapport sur la ligne Informations complémentaires. Documents de référence : Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir et les formulaires prescrits par le ministre.

6 — Par site ou installation, la personne doit être comptée une seule fois pour chaque source de données utilisée. L'objectif est de présenter le volume d'usagers et non l'intensité des services.

A Français : Formulaire de consentement à la sédation palliative continue — AH-880 DT9231 (2015-12)
Anglais : Continuous palliative sedation consent form — AH-880A DT9235 (2015-12)

B Français : Formulaire de demande d'aide médicale à mourir — AH-881 DT9232 (2015-12)
Anglais : Request for medical aid in dying — AH-881A DT9236 (2015-12)

C Français : Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1— AH-882-2 DT9233 (2015-12)
Anglais : Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1 — AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Français : Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 2 — AH-882-2 DT9223 (2015-12)
Anglais : Declaration of administration of medical aid in dying — Part 2 — AH-882A-2 DT9239 (2015-12)

D Français : Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1— AH-882-2 DT9233 (2015-12)
Anglais : Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1 — AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Français : Formulaire d'avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir — AH-883 DT9234 (2015-12)
Anglais : Opinion of second physician regarding the fulfillment of criteria for obtaining medical aid in dying — AH-883A DT9242 (2015-12)

Dossier médical de la personne

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 LES RESSOURCES HUMAINES DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE

Effectifs de l'établissement au 31 mars 2016	2015-2016
Les cadres	
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	545
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	9,5 ETC
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	14
Les employés réguliers	
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	8268
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	2131,75 ETC
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	13 (11,44 ETC)
Les occasionnels	
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	6 746 032,77
Équivalents temps complet (b)	3694,43

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés permanents : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.

7.2 LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

PRÉSENTATION DES DONNÉES POUR LE SUIVI DE LA LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

		Comparaison de 2014-2015 à 2015-2016				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
Personnel d'encadrement	2014-15	1 209 780	921	1 210 701	666	727
	2015-16	1 066 301	1 355	1 067 656	587	666
	Variation	**(11,9 %)**	**47,0 %**	**(11,8 %)**	**(11,9 %)**	**(8,4 %)**
Personnel professionnel	2014-15	3 913 562	8 070	3 921 632	2 175	2 789
	2015-16	3 960 459	5 832	3 966 291	2 200	2 955
	Variation	**1,2 %**	**(27,7 %)**	**1,1 %**	**1,1 %**	**6,0 %**
Personnel infirmier	2014-15	5 009 012	132 194	5 141 206	2 704	3 539
	2015-16	5 257 763	135 338	5 393 101	2 833	4 005
	Variation	**5,0 %**	**2,4 %**	**4,9 %**	**4,8 %**	**13,2 %**
Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	10 023 625	137 771	10 161 396	5 469	7 504
	2015-16	9 997 001	138 037	10 135 038	5 452	7 654
	Variation	**(0,3 %)**	**0,2 %**	**(0,3 %)**	**(0,3 %)**	**2,0 %**
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	2 380 835	17 677	2 398 511	1 213	1 836
	2015-16	2 342 142	18 876	2 361 019	1 193	1 777
	Variation	**(1,6 %)**	**6,8 %**	**(1,6 %)**	**(1,6 %)**	**(3,2 %)**
Étudiants et stagiaires	2014-15	16 962	50	17 013	9	67
	2015-16	13 687	31	13 718	7	54
	Variation	**(19,3 %)**	**(38,9 %)**	**(19,4 %)**	**(19,5 %)**	**(19,4 %)**
Total du personnel	**2014-15**	**22 553 776**	**296 683**	**22 850 459**	**12 237**	**16 018**
	2015-16	**22 637 354**	**299 467**	**22 936 822**	**12 274**	**16 692**
	Variation	**0,4 %**	**0,9 %**	**0,4 %**	**0,3 %**	**4,2 %**

La non-atteinte de la cible s'explique par le transfert d'activités du CHU de Québec-Université Laval (CHU) et certaines de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval (IUCPQ). Plus de 1 100 employés se sont ainsi ajoutés à l'effectif de 2014-2015. Les heures faites en 2015-2016 par les employés concernés par ce transfert sont les suivantes :

HEURES FAITES EN 2015-2016 PAR LES EMPLOYÉS CONCERNÉS PAR LE TRANSFERT

Heures rémunérées	Total CHU et IUCPQ	Total CIUSSS	% différence
Personnel d'encadrement	8 604	1 067 656	0,81 %
Personnel professionnel	84 199	3 966 291	2,12 %
Personnel infirmier	198 399	5 393 101	3,68 %
Personnel de bureau, technicien et assimilé	103 815	10 135 038	1,02 %
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	7 488	2 361 019	0,32 %
TOTAL	**402 506**	**22 923 105**	**1,76 %**

Heures supplémentaires	Total CHU et IUCPQ	Total CIUSSS	% différence
Personnel professionnel	195	5 832	3,34 %
Personnel infirmier	8 413	135 338	6,22 %
Personnel de bureau, technicien et assimilé	3 408	138 037	2,47 %
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	39	18 876	0,21 %
TOTAL	**12 054**	**298 083**	**4,04 %**

En plus des heures directement affectées aux activités transférées, des heures de soutien administratif à ces activités ont été réalisées par les employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Il faut également prendre en considération les employés pour qui le CIUSSS de la Capitale-Nationale a maintenu un dossier actif en raison d'un prêt de service à d'autres établissements du réseau. Leurs heures rémunérées sont comptabilisées dans les systèmes d'information du CIUSSS.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 LES ÉTATS FINANCIERS

8.1.1 RAPPORT DE LA DIRECTION

Le 14 juin 2016

Maliette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés
200-3075 chemin des Quatre-Bourgeois
Québec QC G1W 5C4

Objet : Déclarations de la direction

Monsieur,

La présente lettre d'affirmation vous est fournie dans le cadre de vos audits des états financiers et des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées (les autres informations) de Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Établissement) au 31 mars 2016, et pour l'exercice terminé à cette date, aux fins de l'expression d'une opinion indiquant si les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public et si les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées ont été compilées, dans tous leurs aspects significatifs, conformément aux définitions et explications contenues dans le Manuel de gestion financière (MGF) publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Nous vous confirmons, au mieux de notre connaissance et en toute bonne foi, ayant fait toutes les demandes d'informations que nous avons jugé nécessaires pour être adéquatement informés, que :

États financiers

Nous nous sommes acquittés de nos responsabilités, définies dans les termes et conditions de la mission d'audit portant la date du 1er avril 2016, quant à la préparation des états financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public; en particulier, les états financiers donnent une image fidèle conformément à ces normes. De plus, nous nous sommes acquittés de nos responsabilités quant à la compilation des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées selon les définitions et explications contenues dans le MGF publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les hypothèses significatives que nous avons utilisées pour établir les estimations comptables, y compris les estimations en juste valeur, sont raisonnables.

Les relations et opérations avec des parties liées ont été correctement comptabilisées et ont été communiquées conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Tous les événements postérieurs à la date des états financiers et des autres informations, soit jusqu'à la date d'approbation des états financiers et des autres informations par le conseil d'administration,

2601, chemin de la Canardière
Québec (Québec) G1J 2G3
Téléphone : 418 821-3200
Télécopieur : 418 663-5215

pour lesquels les normes comptables canadiennes pour le secteur public exigent un ajustement ou la fourniture d'informations, ont été ajustés ou ont fait l'objet d'informations.

L'incidence des anomalies non corrigées, considérées individuellement ou collectivement, est non significative par rapport aux états financiers et aux autres informations pris dans leur ensemble. Une liste des anomalies non corrigées est jointe à la lettre d'affirmation.

Les données suivantes ont été, le cas échéant, comptabilisées et présentées de façon adéquate dans les états financiers et les autres informations :

- Les modifications apportées, au cours de l'exercice faisant l'objet de l'audit, aux principes et pratiques comptables;
- Les ententes conclues pour le rachat d'éléments d'actif vendus antérieurement;
- Les pertes pouvant découler d'une moins-value d'un placement;
- Les pertes pouvant découler de la perte de valeur d'immobilisations corporelles ou d'actifs incorporels amortissables;
- Les pertes résultant d'engagements de vente ou d'achat;
- Les ventes avec clauses de garantie;
- Les remises consenties par un fournisseur;
- Tous les instruments financiers, y compris ceux qui comportent un risque hors bilan, tels que les échanges financiers et les contrats à terme de gré à gré, et les contrats à terme normalisés.

Informations fournies

Nous vous avons fourni :

- Un accès à toutes les informations dont nous avons connaissance et qui sont pertinentes pour la préparation des états financiers et des autres informations, notamment les documents comptables, les pièces justificatives et d'autres éléments d'information;
- Les informations additionnelles que vous nous avez demandées aux fins des audits;
- Un accès sans restriction aux personnes au sein de l'Établissement auprès de qui il fallait, selon vous, obtenir des éléments probants;
- Des informations sur tous les fournisseurs avec lesquels l'Établissement effectue individuellement un volume significatif d'opérations.

Nous avons soumis à votre représentant les procès-verbaux des réunions du conseil d'administration et du comité d'audit. Ces procès-verbaux constituent un compte rendu complet de toutes les réunions du conseil d'administration et du comité d'audit tenues entre le 1er avril 2015 et le 14 juin 2016.

Toutes les opérations ont été comptabilisées dans les documents comptables et sont reflétées dans les états financiers et les autres informations.

Nous vous avons communiqué :

- Les résultats de notre évaluation du risque que les états financiers et les autres informations puissent contenir des anomalies significatives résultant de fraudes;
- Lorsque celles-ci pourraient avoir un effet significatif sur les états financiers et les autres informations, toutes les informations sur les fraudes avérées ou suspectées dont nous avons connaissance, qui concernent l'Établissement et impliquent la direction, des employés ayant un rôle significatif dans le contrôle interne ou d'autres personnes;

- Toutes les informations relatives aux allégations ou aux soupçons de fraudes ayant une incidence sur les états financiers et les autres informations de l'Établissement, portées à notre connaissance par des employés, d'anciens employés, des analystes, des autorités de réglementation ou d'autres personnes;
- Tous les cas effectifs ou potentiels de non-conformité par rapport aux textes légaux et réglementaires dont les conséquences devraient être prises en compte lors de l'établissement des états financiers et des autres informations (exemples : Loi sur la santé et les services sociaux, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, Loi sur la construction, Loi sur l'équité salariale, Loi sur l'environnement et Loi sur la CSST);
- L'identité des parties liées à l'Établissement et toutes les relations et opérations avec des parties liées dont nous sommes au courant;
- Tous les procès et litiges actuels ou éventuels venus à notre connaissance et dont les incidences devraient être prises en compte lors de la préparation des états financiers et des autres informations. S'il y a lieu, le traitement comptable et les informations dont ils ont fait l'objet sont conformes aux normes comptables canadiennes pour le secteur public;
- Tous les passifs et toutes les éventualités, y compris ceux associés à des garanties, qu'elles soient écrites ou verbales. S'il y a lieu, ceux-ci sont adéquatement traduits dans les états financiers et les autres informations;
- Toutes les informations reçues de la part des autorités fiscales concernant des cotisations ou des avis de cotisations qui pourraient avoir une incidence significative sur les états financiers et les autres informations;
- Les obligations liées à la mise hors service des immobilisations. S'il y a lieu, celles-ci ont été évaluées et communiquées adéquatement dans les états financiers et les autres informations;
- Toutes les clauses des engagements contractuels dont le non-respect pourrait avoir une incidence significative sur les états financiers et les autres informations, y compris toutes les clauses restrictives, conditions ou autres exigences dont sont assorties les dettes en cours;
- Nos plans ou intentions qui pourraient avoir une incidence significative sur la valeur comptable ou le classement des actifs et des passifs figurant dans les états financiers et les autres informations.

Nous reconnaissons que les opérations entre parties liées ont été conclues à la valeur d'échange, soit une valeur établie et acceptée par les parties liées.

L'Établissement possède des titres de propriété valables sur tous les actifs qu'il détient et ces actifs ne sont grevés d'aucun privilège ni d'aucune charge.

L'Établissement a respecté les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que les règlements s'y rapportant et s'est conformé aux directives émises par le Ministère.

La comptabilisation des unités de mesure respecte les définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les transactions sujettes à l'approbation du Ministère ou de l'Agence de la santé et de services sociaux ont été présentées pour approbation avant d'être engagées.

Nous vous confirmons également les éléments suivants :

- Il n'existe aucune faiblesse significative dans la conception ou le fonctionnement des contrôles internes à l'égard de l'information financière;
- Nous vous avons informés de toute modification significative au contrôle interne relatif à l'information financière;
- Les créances sont valides et convenablement évaluées. La provision pour créances douteuses est suffisante;
- La démarcation des revenus et des comptes à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux est adéquate.
- Les montants de stocks comptabilisés dans les états financiers ont été établis d'après les quantités réelles que des employés compétents et adéquatement supervisés ont déterminées par dénombrement, pesage ou mesurage et ont été redressés au besoin pour tenir compte des opérations conclues entre la date de l'inventaire et la fin de l'exercice;
- Le fonds d'immobilisations ne contient aucune immobilisation amortie en totalité non utilisée, désuète ou pour laquelle une perte de valeur devrait être comptabilisée;
- La provision pour passif environnemental est suffisante;
- La provision pour indemnités de départ est suffisante;
- La provision actuarielle découlant de l'assurance salaire a été calculée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et est suffisante;
- Les griefs à payer sont intégraux et la provision à payer concernant ces griefs est suffisante;
- Les revenus reportés ne contiennent aucun projet pour lequel une perte n'est pas comptabilisée au 31 mars 2016;
- Les transactions intercomposantes du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont toutes été éliminées.

Il n'y a pas de provisions salariales relatives aux conventions collectives signées ou à être signées qui ne sont pas comptabilisées.

Veuillez agréer, Monsieur, nos salutations distinguées.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Michel Delamarre, président-directeur général

Stéphane Bussières, directeur des ressources financières

8.1.2 RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

MALLETTE

Mallette s.e.n.c.r.l.

200-3975 chemin des Quatre-Bourgeois
Québec (QC) G1W 0G4

Téléphone : 418 653-4431
Télécopie : 418 656-0800
Courriel : info.quebec@mallette.ca

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale,

Les états financiers résumés ci-joints du **CENTRE INTÉGRÉ UNVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE**, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2016.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre, conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2016. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus entre le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et la Société québécoise d'infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note

d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de *comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.

De plus, comme l'exige le MSSS, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP-3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers.

Les incidences de ces dérogations aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2016 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique qu'à l'exception des incidences des anomalies décrites, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (de sa dette nette) et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

De plus, le rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers audités comportent un paragraphe d'autre point indiquant que sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur le fait que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes interétablissements des chiffres présentés dans les états financiers audités de chacun des établissements existant avant la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et à partir desquels a été créé le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Nous n'avions pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

Mallette S.E.N.C.R.L.[1]

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Québec, Canada
Le 14 juin 2016

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A103650

8.1.3 RÉSULTATS FINANCIERS

ÉTAT DES RÉSULTATS – TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2016

	Budget	Fonds Exploitation courrant	Fonds Immobilisations courant	Total Exercice courant	Total Exercice précédent
	$	$	$	$	$
Revenus					
Subvention MSSS	1 019 546 581	1 025 402 336	49 859 241	1 075 261 577	1 092 182 014
Subventions Gouvernement du Canada		995 918		995 918	319 676
Contribution des usagers	88 772 613	90 729 155		90 729 155	88 376 757
Ventes de services et recouvrements	13 749 984	13 377 324		13 377 324	15 622 283
Donations	1 314 927	451 306	1 022 426	1 473 732	1 086 935
Revenus de placement	1 314 216	1 180 745	125 648	1 306 393	1 581 757
Revenus de type commercial	5 276 056	5 046 834	187 987	5 234 821	6 275 992
Gain sur disposition					913
Autres revenus	41 671 046	39 400 133	292 797	39 692 930	45 816 421
TOTAL	**1 171 645 423**	**1 176 583 751**	**51 488 099**	**1 228 071 850**	**1 251 262 748**
Charges					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	805 883 192	831 458 441		831 458 441	821 234 556
Médicaments	8 184 321	7 660 262		7 660 262	7 955 686
Produits sanguins	849 855	621 995		621 995	566 325
Fournitures médicales et chirurgicales	8 530 135	12 811 446		12 811 446	9 540 606
Denrées alimentaires	12 704 210	12 795 046		12 795 046	12 573 477
Rétributions versées aux RNI	107 842 153	100 245 570		100 245 570	99 267 331
Frais financiers	16 318 170		13 474 961	13 474 961	16 215 588
Entretien et réparations	24 269 767	24 267 783	7 350 014	31 617 797	33 856 896
Créances douteuses	433 100	995 759		995 759	430 684
Loyers	24 340 252	23 967 970		23 967 970	24 521 278
Amortissement des immobilisations	33 227 305		32 716 338	32 716 338	35 600 089
Perte sur disposition d'immobilisations	520 000				983 329
Dépenses de transfert		43 693 762		43 693 762	54 565 751
Autres charges	130 454 472	113 197 763		113 197 763	127 446 913
TOTAL	**1 173 556 932**	**1 171 715 797**	**53 541 313**	**1 225 257 110**	**1 244 758 509**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**(1 911 509)**	**4 867 954**	**(2 053 214)**	**2 814 740**	**6 504 239**

État solde de fonds – tous les fonds

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

Exercice terminé le 31 mars 2016

	Fonds Exploitation courrant $	Fonds Immobilisa-tions courant $	Total Exercice courant $	Total Exercice précédent $
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	16 580 519	43 370 361	59 950 880	53 549 641
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures				(103 000)
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT	**16 580 519**	**43 370 361**	**59 950 880**	**53 446 641**
SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE	**4 867 954**	**(2 053 214)**	**2 814 740**	**6 504 239**
Autres variations :				
Transferts interétablissements		4 301 175	4 301 175	
Transferts interfonds	(515 133)	515 133	0	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS	**(515 133)**	**4 816 308**	**4 301 175**	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	**20 933 340**	**46 133 455**	**67 066 795**	**59 950 880**
Constitués des éléments suivants :				
Affectations d'origine externe				
Affectations d'origine interne			14 871 594	877 688
Solde non affecté			52 195 201	59 073 192
TOTAL			**67 066 795**	**59 950 880**

Bilan – tous les fonds

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Exercice terminé le 31 mars 2016

	Fonds Exploitation courrant $	Fonds Immobilisations courant $	Total Exercice courant $	Total Exercice précédent $
Actifs financiers				
Encaisse (découvert de banque)	104 814 067	5 130 635	109 944 702	107 000 600
Placements temporaires	3 682 623		3 682 623	21 995 104
Débiteurs – MSSS	59 335 789	3 240 723	62 576 512	70 495 606
Autres débiteurs	25 897 856	677 854	26 575 710	21 856 847
Avances de fonds aux établissements publics				51 983 671
Créances interfonds (dettes interfonds)	9 076 569	(9 076 569)		
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	92 967 081	265 199 957	358 167 038	313 759 710
Frais reportés liés aux dettes		1 560 231	1 560 231	845 282
Autres éléments (FE : p360, FI : p400)	3 634 168	638 808	4 272 976	4 885 487
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	**299 408 153**	**267 371 639**	**566 779 792**	**592 822 307**
Passifs				
Emprunts temporaires		186 261 997	186 261 997	337 168 639
Créditeurs – MSSS				
Autres créditeurs et autres charges à payer	116 801 800	5 504 712	122 306 512	114 964 945
Avance de fonds – Env. décentralisées		(454 537)	(454 537)	
Intérêts courus à payer		2 978 918	2 978 918	3 942 892
Revenus reportés	59 141 034	11 321 406	70 462 440	41 101 176
Dettes à long terme		514 575 363	514 575 363	411 971 055
Passifs au titre des sites contaminés		268 750	268 750	268 750
Passif au titre des avantages sociaux futurs	108 070 080		108 070 080	100 292 501
Autres éléments	1 220 339		1 220 339	2 409 282
TOTAL DES PASSIFS	**285 233 253**	**720 456 609**	**1 005 689 862**	**1 012 119 240**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**14 174 900**	**(453 084 970)**	**(438 910 070)**	**(419 296 933)**
Actifs non financiers				
Immobilisations		499 218 425	499 218 425	470 498 293
Stocks de fournitures	4 388 658		4 388 658	5 448 731
Frais payés d'avance	2 369 782		2 369 782	3 300 789
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	**6 758 440**	**499 218 425**	**505 976 865**	**479 247 813**
Capital-Actions et surplus d'apport				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	**20 933 340**	**46 133 455**	**67 066 795**	**59 950 880**

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) – TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2016

	Budget $	Fonds Exploitation courrant $	Fonds Immobilisations courant $	Total Exercice courant $	Total Exercice précédent $
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	**(419 296 933)**	**7 830 999**	**(427 127 932)**	**(419 296 933)**	**(443 855 485)**
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures					
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	**(419 296 933)**	**7 830 999**	**(427 127 932)**	**(419 296 933)**	**(443 855 485)**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**(1 911 509)**	**4 867 954**	**(2 053 214)**	**2 814 740**	**6 504 239**
Variations dues aux immobilisations					
Acquisitions	(53 645 790)		(66 975 732)	(66 975 732)	(67 971 424)
Amortissement de l'exercice	33 227 305		32 716 338	32 716 338	35 600 089
(Gain) Perte sur dispositions	20 000				982 416
Produits sur dispositions			8 241	8 241	2 000
Réduction de valeurs					(7 329)
Ajustement des immobilisations			5 531 021	5 531 021	50 772 881
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	**(20 398 485)**		**(28 720 132)**	**(28 720 132)**	**19 378 633**
Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance					
Acquisition de stocks de fournitures					(15 681 557)
Acquisition de frais payés d'avance					(4 508 386)
Utilisation de stocks de fournitures		1 060 073		1 060 073	15 355 726
Utilisation de frais payés d'avance		931 007		931 007	3 612 897
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		**1 991 080**		**1 991 080**	**(1 221 320)**
Autres variations des surplus (déficits) cumulés		(515 133)	4 816 308	4 301 175	(103 000)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**(22 309 994)**	**6 343 901**	**(25 957 038)**	**(19 613 137)**	**24 558 552**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	**(441 606 927)**	**14 174 900**	**(453 084 970)**	**(438 910 070)**	**(419 296 933)**

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE – TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2016

	Exercice courant $	Exercice précédent $
Activités de fonctionnement		
Surplus (déficit) de l'exercice	2 814 740	6 504 239
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Provisions liées aux placements et garanties de prêts		
Stocks et frais payés d'avance	1 991 080	(1 221 320)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations		982 416
Perte (Gain) sur disposition de placement		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations		
- Gouvernement du Canada		463 641
- Autres	1 119 572	
Amortissement des immobilisations	32 716 338	35 600 089
Réduction pour moins-value des immobilisations		(7 329)
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	402 868	172 792
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette		
Subvention MSSS	(19 815 416)	2 137 037
Autres	(246 716)	50 791 809
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	**16 167 726**	**88 919 135**
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	84 274 547	(40 187 445)
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement	103 257 013	55 235 929
Activités d'investissement en immobilisations		
Acquisitions d'immobilisations	(51 392 106)	(67 491 159)
Produits de dispositions d'immobilisations	8 241	2 000
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations	**(51 383 865)**	**(67 489 159)**
Activités d'investissement		
Variation des placements de portefeuilles	(500 000)	(538 235)
Placements de portefeuille effectués		
Produit de disposition de placements de portefeuille		
Placements de portefeuille réalisés		
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement	**(500 000)**	**(538 235)**

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE – TOUS LES FONDS (SUITE)

Exercice terminé le 31 mars 2016

	Exercice courant $	Exercice précédent $
Activités de financement		
Dettes à long terme – emprunts effectués	2 411 358	52 151 442
Dettes à long terme – emprunts remboursés	(381 197)	(72 672 327)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette		
Variation des emprunts temporaires – fonds d'exploitation		
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	33 064 183	211 895 725
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(102 335 871)	(149 272 088)
Variation du fonds d'amortissement du gouvernement		
Autres		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	**(67 241 527)**	**42 102 752**
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	**(15 868 379)**	**29 311 287**
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	128 995 704	99 684 417
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	**113 127 325**	**128 995 704**
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent		
Encaisse	109 944 702	107 000 600
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	3 182 623	21 995 104
TOTAL	**113 127 325 $**	**128 995 704**

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE – TOUS LES FONDS (SUITE)

Exercice terminé le 31 mars 2016

	Exercice courant $	Exercice précédent $
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement		
Débiteurs - MSSS	7 919 094	(43 621 707)
Subvention à recevoir – réforme comptable – avantages sociaux futurs	(4 718 863)	3 101 449
Frais reportés liés aux dettes	(5 652 720)	1 339 185
Autres éléments d'actifs	(1 117 817)	(290 297)
Créditeurs - MSSS	612 511	1 162 758
Autres créditeurs et autres charges à payer		110 987
Avances de fonds – enveloppes décentralisées	51 529 134	(13 825 563)
Intérêts courus à payer	(963 975)	(212 432)
Revenus reportés	28 241 691	5 502 694
Passif au titre des sites contaminés		171 950
Passif au titre des avantages sociaux futurs	7 777 579	769 310
Autres éléments de passifs	(1 188 943)	(743 973)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS LIÉS AU FONCTIONNEMENT	**84 274 547**	**(40 187 445)**
Autres renseignements		
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	5 504 712	3 859 344
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	(20 062 132)	
Intérêts		
Intérêts créditeurs (revenus)	1 306 393	4 419 343
Intérêts encaissés (revenus)	1 225 054	3 545 641
Intérêts débiteurs (dépenses)	12 813 910	6 999 368
Intérêts débiteurs (dépenses)	13 777 883	5 940 514

8.1.4 SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS

Le tableau *Revenus reportés relatifs aux sommes reçues par dons, legs et autres formes de contributions (art. 269 LSSSS)* présenté à la page 292 du rapport financier AS-471 et les précisions s'y rapportant figurent à l'annexe II.

8.1.5 NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS

Les notes complémentaires aux états financiers se trouvent à l'annexe III.

8.2 TOTAL DES CHARGES ENCOURUES POUR CHAQUE PROGRAMME-SERVICES

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMME-SERVICES

Santé publique	$
4110 Développement, adaptation et intégration sociale	3 412 313
4120 Habitudes de vie et maladies chroniques	947 046
4130 Maladies infectieuses	3 328 940
4140 Autres activités de santé publique	650 920
4150 Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	2 775 715
4160 Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	44 122
6540 Services dentaires préventifs	1 375 405
6761 Surveillance continue de l'état de santé de la population	691 902
6762 Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes	1 121 363
6763 Promotion de la santé et du bien-être	503 363
6764 Protection de la santé	1 584 318
6765 Fonctions de soutien	331 818
7157 Gestion et soutien aux programmes de santé publique	2 525 543
7995 Lutte à une pandémie d'influenza	14 760
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	81 401
Charges non réparties par programmes-services	245 198
TOTAL SANTÉ PUBLIQUE (L.01. à L.18)	**19 634 127**

Services généraux - activités cliniques et d'aide	
5970 Info-Social	51 230
5980 Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille ou les cliniques-réseau	14 605 434
5990 Pratique des sages-femmes	1 364 688
6090 Info-Santé 811	4 485 002
6304 Unité de médecine familiale-groupe de médecine de famille universitaire (UMF/GMF-U)	5 511 584
6460 Services aux revendicateurs du statut de réfugié	729 368
6510 Santé parentale et infantile	6 014 557
6562 Services psychosociaux autres que SAD	4 704 074
6590 Santé scolaire	3 568 640
7154 Gestion et soutien d'une centrale	264 537
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	29 625 064
Charges non réparties par programmes-services	5 172 725
TOTAL SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE	**76 096 903**

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

	$
5514 Ressources intermédiaires - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	15 455 274
5534 Résidences d'accueil - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	28 670
5544 Autres ressources - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	5 177 083
5554 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF SAPA	3 464 937
6058 Gériatrie active	12 230 703
6060 Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	68 566 133
6160 Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	74 955 764
6174 Soins infirmiers à domicile continus	1 627 347
6290 Hôpital de jour gériatrique	1 245 369
6380 Services ambulatoires en psychogériatrie	872 160
6532 Aide à domicile continue	4 667 888
6960 Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	3 792 230
7120 Intervention communautaire - SAD	168 489
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	61 879 130
Charges non réparties par programmes-services	2 602 699
TOTAL SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGÉES	**256 733 876**

Déficience physique

5517 Ressources intermédiaires - déficience physique	311 947
5537 Résidences d'accueil - déficience physique	50 342
6321 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - déficience motrice	76 486
6801 Pharmacie - déficience motrice	844 559
6973 Centre de jour - déficience physique	6 913
7081 Soutien aux familles de personnes ayant une déficience physique	616 841
7108 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - déficience physique	76 725
8002 Évaluation, expertise et orientation - déficience physique	447 300
8060 Adaptation, réadaptation - déficience visuelle	2 403 919
8070 Adaptation, réadaptation - déficience auditive	5 092 432
8080 Adaptation, réadaptation - déficience du langage et de la parole	3 365 889
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	66 297 702
Charges non réparties par programmes-services	2 994 068
TOTAL DÉFICIENCE PHYSIQUE	**82 585 123**

Déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA)

	$
5516 Ressources in TSA termédiaires - DI et TSA	26 138 646
5526 Familles d'accueil - DI et TSA	421 829
5536 Résidences d'accueil - DI et TSA	10 495 829
5546 Autres ressources - DI et TSA	253 050
7001 Services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire - DI et TSA	3 185 616
7011 Atelier de travail - DIet TSA	710 017
7024 Support des stages Individuels - DI et TSA	523
7025 Support des plateaux de travail DI et TSA	511 430
7031 Intégration à l'emploi - DI et TSA	794
7041 Ressources résidentielles -assistance résidentielle continue (DI et TSA)	10 030 727
7082 Soutien aux familles de personnes ayant une DI	902 245
7083 Soutien aux familles de personnes ayant un TSA - allocation	577 478
7180 Soutien aux programmes - CRDI	4 591 207
8001 Accueil, évaluation et orientation - DI et TSA	311 284
8050 Services d'adaptation et de réadaptation à la personne - DI et TSA	30 288 776
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	5 937 753
Charges non réparties par programmes-services	229 462
TOTAL DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA	**94 586 666**

Jeunes en difficulté

5100 Accueil à la jeunesse (LPJ - LSJPA - LSSSS)	2 207 861
5200 Évaluation, orientation et accès (LPi- LSJPA- LSSSS)	6 539 609
5400 Assistance et soutien aux jeunes et à la famille (LPJ - LSJPA- LSSSS)	16 353 181
5501 Unités de vie pour jeunes - ouverte	10 819 392
5502 Unités de vie pour jeunes - fermée (LPJ - LSJPA)	3 505 293
5511 Ressources intermédiaires - jeunes en difficulté	341 419
5521 Familles d'accueil - jeunes en difficulté	19 165 209
5580 Postulants familles d'accueil de proximité - jeunes en difficulté	845 278
5590 Tutelle à un enfant	2 306 025
5600 Services externes (LPJ - LSJPA- LSSSS)	1 024 474
5700 Révision des mesures (LPJ)	562 749
5810 Expertise à la Cour supérieure (LSSSS)	245 947
5830 Recherche d'antécédents et retrouvailles (LSSSS)	171 583
5850 Contentieux (LPJ - LSJPA - LSSSS)	1 634 301
5860 Santé des jeunes (LPJ - LSJPA - LSSSS)	489 788
5870 Adoption (LSSSS)	972 029

	$
5910 Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	13 254 787
6989 Foyers de groupe - jeunes en difficulté	5 597 685
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	5 132 370
Charges non réparties par programmes-services	854 665
TOTAL JEUNES EN DIFFICULTÉ	**92 023 645**

Dépendances

5545 Autres ressources - dépendances	1 537 629
6670 Services spécialisés en toxicomanie - usagers admis	313 371
6680 Services externes en toxicomanie	6 337 768
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	286 757
Charges non réparties par programmes-services	259 275
TOTAL DÉPENDANCES	**8 734 800**

Santé mentale

5410 Soutien aux services de santé mentale (LSSSS)	1 535 238
5504 Unités de vies ouvertes pour jeunes - santé mentale	1 242 923
5513 Ressources intermédiaires - santé mentale	12 821 145
5533 Résidences d'accueil - santé mentale	3 439 513
5543 Autres ressources - santé mentale	5 767 309
5553 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SM	3 754 718
5920 Intervention en situation de crise	1 290 078
5930 Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	9 503 046
5940 Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave	11 122 158
6010 Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (0-17 ans)	1 258 356
6020 Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes	18 492 139
6030 Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie	18 492 139
6100 Psychiatrie légale	3 790 193
6172 Soins infirmiers à domicile (santé mentale)	3 790 193
6270 Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique	59 940
6280 Hôpital de jour en santé mentale	9 255 927
6330 Services d'évaluation et de traitement de 2e et de 3e lignes en santé mentale	1 093 987
6977 Centre de jour en santé mentale - jeunes (0-17 ans)	10 519 463
6978 Centre de jour en santé mentale -adultes (18-100 ans)	2 140 205
6985 Foyers de groupe en santé mentale (0-17 ans)	652 921
7683 Activités spéciales - santé mentale	624 632
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	22 399 626
Charges non réparties par programmes-services	3 137 379
TOTAL SANTÉ MENTALE	**146 183 228**

Santé physique

	$
6070 Chirurgie d'un jour	122 462
6171 Soins infirmiers spécialisés à domicile (santé physique)	86 757
6260 Bloc opératoire	2 481 768
6302 Consultations externes spécialisées	2 146 581
6322 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - CLSC et CH	863 546
6352 Inhalothérapie - autres	595 409
6360 Centre de soins à la mère et au nouveau-né	853 176
6550 Services dentaires curatifs	128 559
6601 Banque de sang	159 915
6607 Laboratoires regroupés	3 287 525
6610 Physiologie respiratoire	307 273
6620 Sécurité transfusionnelle et produits sanguins	621 995
6710 Électrophysiologie	631 007
6770 Endoscopie	105 578
6790 Dialyse	5 194
6806 Pharmacie en CLSC	816 574
6830 Imagerie médicale	4 766 090
6861 Audiologie	67 575
6865 Orthophonie pour enfants en CLSC	1 065 296
7060 Services d'oncologie et d'hématologie	283 774
7090 Unité de médecine de jour	147 015
7400 Déplacement des usagers	2 415 806
7553 Nutrition clinique	2 706 600
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	44 722 361
Charges non réparties par programmes-services	40 435 549
TOTAL SANTÉ PHYSIQUE	**109 823 385**

Administration

6766 Direction, coordination et soutien administratif	142 970
7300 Administration générale	49 231 110
7320 Administration des services techniques	1 276 530
7340 Informatique	14 904 193
7900 Personnel bénéficiant de mesures de sécurité et de stabilité d'emploi	8 607 562
7930 Personnel en prêt de service	152 453
Charges non réparties par programmes-services	2 828 512
Transfert de frais généraux	(831 769)
TOTAL ADMINISTRATION	**76 311 561**

Soutien aux services

	$
5900 Administration des services à la clientèle (LPJ - LSJPA - LSSSS)	1 332 725
6000 Administration des soins	11 216 532
7200 Enseignement	1 279 104
7210 Réseau d'enseignement universitaire	2 667 558
7350 Gestion de l'information	672 901
7530 Réception, archives, télécommunications	22 344 023
7554 Alimentation - autres	40 340 694
7600 Buanderie et lingerie	10 471 866
7930 Personnel en prêt de service	203 517
7993 Activités spéciales - Soutien aux services	2 893 485
Charge non-réparties par programmes services	1 446 515
TOTAL SOUTIEN AUX SERVICES	**94 868 920**

Gestion des bâtiments et des équipements

7640 Hygiène et salubrité	22 543 705
7650 Gestion des déchets biomédicaux	173 449
7700 Fonctionnement des installations	35 865 090
7710 Sécurité	5 532 931
7800 Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier/équipement	24 938 183
7930 Personnel en prêt de service	200 498
Charges non réparties par programmes-services	862 697
Transfert de frais généraux	(508 362)
TOTAL GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS	**89 608 191**

RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉ NON EXCLUSIFS PAR PROGRAMMES-SERVICES

	SPUB $	SG $	SAPA $	DP $	DITSA $	JD $	Dép $	SM $	SPH $	TOTAL $
5950 Formation donnée par le personnel infirmier								1 059 597	2 986	**1 062 583**
6056 Médecine et chirurgie (non réparti)			99 632						7 583 223	**7 682 855**
6080 Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.I									1 611 505	**1 611 505**
6173 Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)	24 370	9 022 888	9 505 917	1 792 022	694 828			35 161	5 093 050	**26 168 236**
6240 Urgence								556 264	14 621 363	**15 177 627**
6307 Services de santé courants		8 951 969							2 907 017	**11 858 986**
6390 Service de soins spirituels			114 842					666	40 276	**155 784**
6430 Encadrement des ressources			524 769	21 425	1 609 728	2 283 144		1 059 837		**5 498 903**
6531 Aide à domicile régulière		249 822	8 458 507	16 158 602	1 092 879			81 811	402 913	**26 444 334**
6561 Services psychosociaux à domicile		181 381	11 294 982	2 862 933	1 677 548			25 359	1 216 146	**17 258 349**
6564 Psychologie			7 151					2 356 782	23 236	**2 387 169**
6565 Services sociaux			2 054 354					3 115 665	662 708	**5 832 727**
6606 Centre de prélèvements		2 433 732							28 098	**2 461 830**
6803 Pharmacie - Usagers ext. en CH			239					82 865	2 960 619	**3 043 723**
6804 Pharmacie - Usagers hospitalisés			561 048					1 958 287	1 526 462	**4 045 797**
6805 Pharmacie - Usagers hébergés			9 622 117					1 763 048		**11 385 165**
6862 Orthophonie									190 573	**190 573**
6870 Physiothérapie			3 380 619					670 965	1 039 949	**5 091 533**
6880 Ergothérapie			3 916 841					1 787 176	534 663	**6 238 680**
6890 Animation-loisirs			2 388 896					2 187 341	5 121	**4 581 358**
6946 Internat - déficience physique				10 124 658						**10 124 658**
7111 Nutrition à domicile		101 072	318 335	83 807					271 317	**774 531**
7112 Nutrition - autres		778 710							307 615	**1 086 325**
7151 Gestion et soutien aux services à domicile		1 045 392	3 907 130	2 182 953	423 756			11 376	711 097	**8 281 704**
7152 Gestion et soutien aux autres programmes		4 683 430		8 457		1 678 426		4 969 989		**11 340 302**
7153 Centre de réadaptation (toxicomanie et DP)				2 286 916			261 503			**2 548 419**
7158 Gestion et soutien aux programmes hors territoire			91 895					297 462	1 569 888	**1 959 245**
7161 Ergothérapie à domicile		183 723	3 096 129	2 153 710	77 872				1 007 940	**6 519 374**
7162 Physiothérapie à domicile		1 822 902	1 235 535	130 063	10 529				261 804	**3 460 833**
7690 Transport externe usagers			511 798	770 322	129 053	951 889		77 421		**2 440 483**
7910 Besoins spéciaux			228 151					9 765		**237 916**
7930 Personnel en prêt de service	57 031	170 243	560 243	189 232	221 560	218 911	25 254	292 789	142 792	**1 878 055**
8020 Réadaptation adultes - déficience motrice				14 871 644						**14 871 644**
8030 Réadaptation enfants - déficience motrice				8 844 080						**8 844 080**
8040 Adapt./intégr. sociales et adop prof, déficience motrice				3 816 878						**3 816 878**
TOTAL	**81 401**	**29 625 264**	**61 879 130**	**66 297 702**	**5 937 753**	**5 132 370**	**286 757**	**22 399 626**	**44 722 361**	**236 362 164**

RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES

	SPUB $	SG $	SAPA $	DP $	DITSA $	JD $	DÉP $	SM $	SPH $	ADM $	SS $	GBE $	TOTAL $
Frais de séjour des médecins itinérants dépanneurs de certaines régions									325 469				**325 489**
Achat de services posthospitaliers en CHSLD publics et privés conventionnés « achats de places »			353 616										**353 616**
Achat de services posthospitaliers en CHSLD privés non conventionnés « achats de places »			49 090										**49 090**
Autre achat de services d'hébergement et de soins en CHSLD privés non conventionnés « achats de places »			63 834										**63 834**
Comité des usagers											550 238		**550 238**
Variation pour assurance salaire	2 787	8 320	27 379	9 248	10 828	10 698	1 234	14 309	6 978	7 450	9 946	9 799	**118 976**
Forfaits d'installation et d'opération pour les IPS-SPL		205 000											**205 000**
Créances douteuses										995 759			**995 759**
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en replacement										24 261			**24 261**
Autres	242 411	745 405	2 108 780	2 984 820	2 283 793	843 967	258 041	3 123 070	623 320	1 801 042	886 331	852 898	**16 753 878**
Allocations à des GMF et à des cliniques-réseau		4 214 000											**4 214 000**
Services préhospitaliers d'urgence									39 479 762				**39 479 762**
TOTAL	**245 198**	**5 172 725**	**2 602 699**	**2 994 068**	**2 294 621**	**854 665**	**259 275**	**3 137 379**	**40 435 529**	**2 828 512**	**1 446 515**	**862 697**	**63 133 903**

8.3 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Nous confirmons que le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale a respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus pour son fonds d'exploitation et globalement, puisque le surplus du fonds d'exploitation est plus élevé que le déficit du fonds d'immobilisation.

Le fonds d'immobilisation est en déficit puisque, au regard des normes comptables, la subvention qui finance les immobilisations doit être constatée dans l'exercice où l'actif est acquis, alors que la dépense liée à l'amortissement de l'immobilisation doit être constatée dans les exercices suivants selon la durée de vie de l'actif immobilisé. Ainsi, pour l'année 2015-2016, l'amortissement a été plus grand que les subventions reçues, ce qui engendre un déficit de 2 053 014 $ compensé par le solde de fonds de 43 370 361 $ au 31 mars 2015.

8.4 LES CONTRATS DE SERVICES

LES CONTRATS DE SERVICES

	Nombre	Valeur $
Contrats de services avec une personne physique[1]	2	102 737, 50
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	43	6 376 225, 41
TOTAL DES CONTRATS DE SERVICES	**45**	**6 478 962, 91**
Police d'assurance centre de recherche		228 000, 00

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP 3410 « Paiements de transfert », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transfert à recevoir du gouvernement du Québec.	2013-14	R	Aucune, car directive du MSSS			NR
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011-12	R	Aucune, car directive du MSSS			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'établissement n'a pu produire de rapport permettant de contrôler le processus de compilation des données pour les unités de mesure « L'usager » du centre d'activités 5601 – Centre de jour pour jeunes, « La présence » du centre d'activités 5601 – Centre de jour pour jeunes, « L'usager » du centre d'activités 5602 – Service d'apprentissage aux habitudes de travail, « La présence » du centre d'activités 5602 - Service d'apprentissage aux habitudes de travail.	2011-12	R	Aucune unité compilée au cours de l'exercice			NR
L'établissement n'a pu produire de rapport permettant de contrôler le processus de compilation des données pour les unités de mesure « Jour présence » du centre d'activités 7606 – Cueillette, distribution et autres charges ainsi que « Le transport d'un usager » du centre d'activités 7690 – Transport externe des usagers. **Centre jeunesse de Québec**	2011-12	O	Aucune unité compilée au cours de l'exercice			NR

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Réglé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Centre d'activités 6390 – Services de pastorale (unité de mesure « L'usager » les unités de mesure ne sont pas compilées par l'établissement. **CSSS de Portneuf**	2011-12	O	Aucune unité compilée au cours de l'exercice			NR
Les unités de mesure suivantes se sont également avérées problématiques en 2014 et ont nécessité des corrections à la suite de notre audit : 5920 : Intervention et suivi de crise 5941 : Suivi intensif dans la communauté 6000 : Administration des soins 6890 : Animation/Loisirs 6332 : Service d'évaluation et de traitement 7532 : Archives Afin de pallier aux problèmes rencontrés dans la compilation des unités de mesure, une date butoir pour la fin des entrées et des corrections dans le système pour les interventions devrait être établie. Puisqu'il ne semble pas y avoir de délai, certains intervenants continuent de modifier la période financière et les indicateurs sont modifiés. Il y a donc des écarts en comparant les derniers rapports cumulatifs et le fichier complété aux finances. Il faudrait également, lorsque ces modifications sont effectuées, que le chef de service envoie une nouvelle version aux finances. De plus, plusieurs données sont retranscrites manuellement dans les rapports du service des finances. Il y a donc eu plusieurs erreurs de saisie dans certains centres d'activités que nous avons dû faire corriger. Des erreurs de transcription occasionnent beaucoup de temps de recherche. Une vérification pourrait être faite à chaque fin de période afin de s'assurer que le chiffre entré correspond bien au bon résultat (le résultat selon le rapport envoyé par la personne-ressource du centre d'activités). Également, le total de chaque période devrait être concilié avec le cumulatif afin de s'assurer qu'aucun changement n'est venu modifier le résultat et qu'aucune erreur de transcription n'est faite. **IUSMQ**	2014	O	Un courriel est transmis à tous les cadres, les avisant de la date butoir pour leur remettre les statistiques en fin de période de même qu'à la mi-année. Au cours de l'exercice précédent, le fichier de compilation des statistiques a été révisé afin de tenir compte des erreurs de saisie. La composante (Établissement avant fusion) est maintenant en mesure de valider à chaque période si le montant est exact, tant pour la période que pour le cumulatif.	R		

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Réglé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
6710 – Unité de mesure l'usager non présentée. Selon la circulaire, l'unité de mesure « L'usager » (unité de mesure B du centre d'activités) devrait être présentée, alors qu'elle ne l'est pas. Un oubli lors de la création du formulaire a causé cette erreur. Nous recommandons donc que l'Institut communique avec le Ministère afin de faire ajouter cette ligne. **IUSMQ**	2015	O	Aucune unité compilée au cours de l'exercice			NR
7900 – Coûts directs bruts non répartis entre les sous-centres d'activités Puisque ce centre d'activités comprend les sous-services d'activités 7906 et 7907, il aurait fallu répartir les coûts entre les deux sous-centres d'activités. Or, comme le système ne permet pas de revenir en arrière, l'erreur n'a pu être détectée à temps et il est maintenant impossible de corriger cette situation. Nous recommandons donc qu'une validation soit faite avant de soumettre les données afin qu'une telle erreur puisse être détectée, puis corrigée dans les exercices ultérieurs. **IUSMQ**	2015	O	Pour pouvoir répartir les coûts entre les sous-centres d'activités, il aurait fallu créer un sous-centre d'activités. Cependant, il faut que ce soit fait au tout début du processus, car le système ne permet pas de revenir en arrière pour en créer un ultérieurement. Une note a été prise pour l'an prochain. Cette situation devrait donc être régularisée au cours du prochain exercice.			NR
SCA 7644 – Mètre carré et SCA 7703 – Mètre cube La circulaire #7644 mentionne que : « Lorsqu'il y a un changement au nombre de mètres carrés entretenus au cours d'un exercice financier, le nombre de mètre carrés à inscrire comme unités de mesure est établi proportionnellement au temps pendant lequel les superficies ont été entretenues ». Or, pour déterminer les mètres carrés, on a plutôt procédé à un relevé des mètres carrés au 31 mars 2015 et on a appliqué cette donnée pour l'année entière. Une procédure similaire a été appliquée aux mètres cubes. **IUSMQ**	2015	O	La situation s'est régularisée au cours de l'exercice.	R		

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Réglé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
CA 4112 – Développement, adaptation et intégration sociale enfants (0-5 ans) et leur famille. Nous avons constaté que l'unité compilée ne respectait pas la circulaire détaillant les interventions à compiler. En effet, dans le cadre de nos tests, nous avons identifié des appels pour prise de rendez-vous comme étant des interventions. Toutefois, selon la circulaire, il ne s'agit pas d'une intervention. **CSSS Q-N**	2016	O	L'intervenant nous a mentionné qu'elle prendrait soin de mentionner à ceux qui effectuent la compilation ce qui doit être considéré à titre d'intervention selon les directives de la circulaire. La situation devrait être réglée au cours du prochain exercice.			NR
CA 6890 – Animation-Loisirs pour l'unité de mesure – Temps vécu-Loisirs et la participation. Pour la période 1 à 9, une anomalie au niveau du report de l'information dans le fichier de suivi Excel a été retracée. L'ajustement a été apporté au fichier de suivi informatique uniquement à la période 10. Par conséquent, les unités de mesure pour la période 1 à 9 sont sous-évaluées. De plus, le service spirituel ne tient aucun registre de ses activités, contrairement aux directives de la circulaire. **CSSS Q-N**	2016	O	Le fichier de suivi avait été ajusté à la période 10, les unités pour les périodes 1 à 9 sont donc sous-évaluées. La situation devrait être réglée au cours du prochain exercice.			NR
CA 7554 – Les unités de mesure – Repas pour vente de service et repas pour l'établissement. L'unité – Repas pour vente de service n'est pas bien calculée puisqu'il y a une erreur dans le tableau de suivi. Pour les repas conventionnés, la quantité de repas est divisée par 5,25, ce qui correspond à la méthode de calcul pour l'exercice 2014-2015 alors que pour l'exercice 2015-2016, la quantité doit être divisée par 5,45. De plus, le total des repas conventionnés pour l'ensemble des établissements du CSSS Q-N selon le rapport de Me D, ne donne pas la même information que le tableau Excel global pour l'ensemble des établissements pour la statistique 7554. De plus, l'unité de repas pour l'établissement est inexacte puisqu'il nous a été impossible, dans le cadre de nos tests, de valider le nombre de repas inscrits. En discutant avec l'intervenante de l'unité de mesure, nous avons réalisé qu'elle n'était pas en mesure de nous expliquer quelle information elle avait utilisé dans le cadre de ses calculs. **CSSS Q-N**	2016	O	Revue de la méthode de travail et meilleure formation des intervenants pour l'unité de mesure, la situation devrait être réglée au cours du prochain exercice.			NR

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Réglé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
6307 – Services de santé courants. Au cours des périodes 8, 9, 10, la compilation des unités de mesure relatives à ce centre d'activités n'a pas été effectuée à titre de moyens de pression par les employés et le total annuel est donc sous-évalué.	2016	O	Les moyens de pression ont duré trois mois et ne devraient pas se reproduire lors du prochain exercice			NR
Selon le manuel de gestion financière du MSSS, les unités de mesure « L'usager » et « L'admission », la visite, « L'usager » doivent être compilés une seule fois dans le total annuel. Cependant, la compilation de ces unités s'est effectuée par composantes (Établissement avant la fusion) au cours de l'exercice et aucune élimination d'usager comptabilisé plus d'une fois, n'a été effectuée en fin d'exercice. L'établissement n'a pas été en mesure de nous démontrer que l'impact de cette façon de compiler ces unités de mesure était négligeable, ce qui nous conduit à émettre une réserve.	2016	R	La situation sera réglée lorsque l'établissement sera en mesure d'effectuer la compilation de ces unités de mesure en éliminant les mêmes unités compilées dans les différentes composantes. (Établissement avant la fusion)			NR
Rapport à la gouvernance						
Tests des changements applicatifs : Un processus de tests de mises à jour, au moins jugées majeures, de l'application financière et de l'application de la paie, devrait être mis en place. Ces tests permettraient de valider, entre autre chose, le traitement adéquat des informations par la vérification des nouvelles fonctionnalités et de droits d'accès qui y sont rattachés. Ce test devrait également se conclure par la formalisation de l'autorisation de la mise en production. **CSSS de Portneuf**	2011-12	O				NR

Colonne 3 « Nature » R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonnes 5, 6, 7 « État de la problématique » R : Réglé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Sommaire	Subventions 2015-2016 $	Subventions 2015-2016 %
Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)		
Financement de base		
Aide et entraide	**11 206 651**	
Sensibilisation, promotion et défense des droits	**1 854 942**	
Hébergement communautaire	**8 340 142**	
Milieux de vie	**13 399 129**	
Financement pour activités spécifiques (anciennement par objectifs)	6 565 211	
Sous-total	**41 366 074**	89,59
Autres sources de financement		
Programme d'aide aux joueurs pathologiques	204 839	
Sécurité alimentaire	191 230	
Logement social	486 842	
Hors PSOC	2 775 072	
Sous-total	**3 657 983**	7,92
Plan d'action régional de santé publique		
Violence, abus et négligence envers les enfants et troubles de comportement des jeunes	15 761	
Violence faite aux femmes en milieu familial	37 908	
Tabagisme	**68 134**	
Toxicomanie	21 320	
Santé mentale	66 629	
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	98 824	
Lutte à la pauvreté	132 613	
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	705 418	
Sous-total	**1 146 607**	2,48
TOTAL	**46 170 664**	100

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

FINANCEMENT DE BASE

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
Aide et entraide			
03-00243	ADAPTAVIE INC.	102 514	103 539
03-06159	AIDONS-LAIT	45 381	45 835
03-02385	ALLAITEMENT QUÉBEC	54 908	55 457
0682-1359	ANCRAGE DE L'ISLE-AUX-COUDRES (L')	43 053	43 484
03-05855	ASSOCIATION BÉNÉVOLE COTE DE BEAUPRÉ	154 491	156 049
03-00637	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE CHARLEVOIX	154 491	156 044
03-05854	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE L'ILE D'ORLÉANS (L')	73 531	74 275
03-06167	ASSOCIATION DE FIBROMYALGIE RÉGION DE QUÉBEC	46 646	47 112
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRÛLÉS F.L.A.M. (L')	166 058	167 719
03-06277	ASSOCIATION DES HANDICAPÉS RESPIRATOIRES DE QUÉBEC (1984) INC.	35 880	36 239
03-06155	ASSOCIATION DES PERSONNES AVEC UNE DÉFICIENCE DE L'AUDITION	76 886	77 655
03-06270	ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC	90 413	91 317
03-06303	ASSOCIATION DES PROCHES AIDANTS DE LA CAPITALE-NATIONALE	76 124	76 900
03-02929	ASSOCIATION DES T.C.C. DES DEUX RIVES (QUEBEC-CHAUDIERE-APPALACHES) (L')	51 257	51 770
0346-1142	AUTRE AVENUE (L'), ORGANISME DE JUSTICE ALTERNATIVE	632 065	638 386
03-05117	BENEVOLAT MICHEL SARRAZIN	112 716	113 848
03-05191	BÉNÉVOLAT ST-SACREMENT INC.	118 338	59 764
03-06062	BOUSSOLE (LA), REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE	361 130	364 741
03-06013	BUTINEUSE DE VANIER (LA)	69 538	70 233
03-06287	CALACS DE CHARLEVOIX	233 915	236 254
03-05136	CARREFOUR DE L'AMITIÉ CHARLESBOURG	130 511	131 821
03-06312	CARREFOUR DES PROCHES AIDANTS DE QUÉBEC	115 433	116 604
03-01080	CENTRE BONNE ENTENTE	136 215	137 587
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	154 491	156 048
03-00349	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE AIDE 23	154 491	156 037
03-02811	CENTRE D'AIDE ET D'ACTION BÉNÉVOLE DE CHARLESBOURG	154 491	156 050
03-00030	CENTRE DE PARRAINAGE CIVIQUE DE QUÉBEC INC. (LE)	127 467	128 742
03-06076	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE C.P.S.	859 994	868 594
03-06092	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE CHARLEVOIX	223 341	225 574
0531-5163	CENTRE D'ENTRAIDE DU TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE DE QUÉBEC / L'ÉQUILIBRE	141 056	142 467
03-06234	CENTRE D'ENTRAIDE ÉMOTIONS	110 963	112 073
03-01779	CENTRE SIGNES D'ESPOIR (LE)	229 055	231 346

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
03-01896	CENTRESPOIR-CHARLESBOURG INC. (LE)	86 365	87 229
03-06006	CERCLE POLAIRE	142 697	144 124
03-00575	CHANTELAIT	45 810	46 268
03-01785	CLUB BON COEUR DES CARDIAQUES DE CHARLEVOIX INC.	64 611	65 257
03-06227	CLUB CARDIO-SANTE DE CHARLEVOIX INC. (LE)	62 342	62 965
03-00497	COLLECTIF D'ACCOMPAGNEMENT A L'ACCOUCHEMENT "LES ACCOMPAGNANTES" (LE)	109 452	110 547
03-05138	COMITÉ DE LA POPOTE DE CLERMONT	6 256	6 319
03-05562	COMITÉ DE VOLONTARIAT DE QUARTIER-LIMOILOU SUD INC.	35 867	36 226
03-05121	COMITÉ NEUVILLE SE SOUVIENT	16 144	16 305
03-05113	COMITÉ VAS-'Y DE SAINT-RAYMOND	152 189	153 718
03-06330	COMMUNAUTÉS SOLIDAIRES	32 565	32 891
03-06147	CONTACT-AINÉS	0	21 876
03-06165	COURTEPOINTE (LA)	54 224	54 766
03-06105	CROISSANCE-TRAVAIL	936 162	945 524
03-06324	CUISINE COLLECTIVE DE BEAUPORT	48 196	48 678
03-06194	ENTR'ACTES, PRODUCTIONS ARTISTIQUES	102 514	103 539
03-06094	ENTRAIDE AGAPÈ	76 774	77 542
03-00746	ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE LE HALO (L')	154 491	156 039
03-05929	ENTRAIDE DES AINES DE SILLERY	80 194	50 999
03-01925	ENTRAIDE JEUNESSE QUÉBEC	118 655	119 842
03-06066	ENTRAIDE LES SAULES INC. (L')	65 416	66 074
03-01192	ENTRAIDE NATURO-LAIT	67 603	68 279
03-05110	ENTRAIDE SAINTE-FOY	112 976	114 116
03-01458	ÉPILEPSIE SECTION DE QUÉBEC	42 482	42 907
03-05198	ÉQUIPE BÉNÉVOLE DE L'INSTITUT (L')	29 534	29 829
03-05193	FRATERNITÉ SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	152 908	154 438
03-06186	G.R.I.S. - QUÉBEC	53 445	53 979
03-01318	GRANDS FRÈRES ET GRANDES SOEURS DE QUÉBEC INC. (LES)	59 303	59 896
03-00091	GROUPE LES RELEVAILLES	139 420	140 814
03-06343	LAURA LÉMERVEIL	25 629	25 885
03-06112	LIBRE ESPACE ORLÉANS INC.	108 122	109 203
03-06252	MAGNIFIQUE INC. (LE)	25 994	26 254
03-06040	MAINS DE L'ESPOIR DE CHARLEVOIX INC.	107 759	108 837
03-06372	MAISON DE LA FAMILLE DVS (LA)	63 195	63 195
03-01469	MAMIE-LAIT	39 981	40 381
03-06007	MARÉE REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (LA)	255 426	257 980

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
03-06064	MIEUX-ETRE DES IMMIGRANTS (LE)	47 436	47 910
03-01803	MOISSON QUÉBEC INC.	74 926	75 675
03-00014	MOUVEMENT DES SERVICES À LA COMMUNAUTÉ DU CAP-ROUGE INC.	82 738	83 567
03-06311	ODYSSÉE BLEUE INC. (L')	26 551	26 817
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ÉCOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	152 214	153 736
03-06084	ORGANISATION POUR LA SANTÉ MENTALE OEUVRANT À LA SENSIBILISATION ET À L'ENTRAIDE (O.S.M.O.S.E.)	108 406	109 490
03-06309	PARENTS-ESPOIR	32 565	32 891
03-06271	PARKINSON - RÉGION DE QUÉBEC CHAUDIÈRE-APPALACHES	50 450	50 955
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THÉRAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	64 814	65 462
03-03261	POINT DE REPÈRES (1990)	365 956	369 616
03-05566	POPOTE DE CHARLESBOURG (LA)	79 536	80 336
03-05124	POPOTE ET MULTI-SERVICES	142 518	143 948
03-05624	POPOTE ROULANTE LAVAL INC.	26 344	26 608
03-02704	PRESENCE-FAMILLE SAINT-AUGUSTIN	63 846	64 484
03-06331	RESSOURCES FAMILIALES LA VIEILLE CASERNE DE MONTMORENCY	49 167	49 659
03-06160	RUCHE VANIER INC. (LA)	69 663	70 360
03-06373	SERVICE FAMILIAL D'ACCOMPAGNEMENT SUPERVISÉ	0	53 107
03-00212	S.O.S. GROSSESSE	68 789	69 477
03-06255	SAIRAH SERVICE D'AUTONOMISATION, D'INTÉGRATION ET DE RÉADAPTATION AUX ADULTES AYANT UN HANDICAP INC.	51 257	51 770
03-06200	SERVICE D'AIDE À L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	69 170	69 862
03-05115	SERVICE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE RAYON DE SOLEIL	111 156	112 271
03-06275	SERVICES POUR HOMMES IMPULSIFS ET COLÉRIQUES DE CHARLEVOIX	172 974	174 704
03-03101	SOCIETE ALZHEIMER DE QUEBEC (LA)	139 350	140 761
03-01872	TEL-AIDE QUÉBEC INC.	131 826	133 144
03-06238	VERGER (LE), CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	107 991	109 071
	SOUS-TOTAL	**11 254 294**	**11 206 651**

Sensibilisation, promotion et défense des droits

03-06033	ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTE MENTALE (REGION DE QUEBEC) INC.	141 151	142 563
03-01059	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE CHARLEVOIX INC.	59 458	60 053
03-06043	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE PORTNEUF	51 257	51 770
03-01352	ASSOCIATION DES PERSONNES INTERESSEES A L'APHASIE ET À L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (APIA-AVC)	58 751	59 339
03-02575	ASSOCIATION DU QUÉBEC POUR ENFANTS AVEC PROBLÈMES AUDITIFS (A.Q.E.P.A.) QUÉBEC MÉTRO (03-12) INC.	76 886	38 828
03-02552	ASSOCIATION PANDA CAPITALE-NATIONALE	104 707	105 754
03-06044	ASSOCIATION POUR L'INTÉGRATION SOCIALE (RÉGION DE QUÉBEC) (L')	51 257	51 770

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
03-06187	ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE LA DYSPHASIE, CAPITALE-NATIONALE	102 514	137 559
03-01011	AUTISME QUÉBEC	136 197	171 256
03-06061	AUTO-PSY (RÉGION DE QUÉBEC)	169 560	125 838
03-02221	CARREFOUR FAMILIAL DES PERSONNES HANDICAPÉES	124 592	121 944
03-06229	COMITÉ D'AIDE AUX FEMMES SOURDES DE QUÉBEC	120 737	103 539
03-02788	ESPACE REGION DE QUEBEC	191 480	193 395
03-02136	REGROUPEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES VISUELLES (RÉGIONS 03-12)	128 143	129 424
03-06152	REGROUPEMENT POUR L'INTÉGRATION SOCIALE DE CHARLEVOIX	62 056	62 677
03-02035	SEXPLIQUE	106 536	107 601
03-02409	VIOLENCE INFO	189 735	191 632
	SOUS-TOTAL	**1 853 358**	**1 854 942**

Hébergement

03-06073	CENTRE DE CROISSANCE RENAISSANCE INC.	384 832	388 680
03-01344	GITE JEUNESSE INC.	476 562	481 328
03-06293	MAISON COMMUNAUTAIRE MISSINAK - RESSOURCE D'HÉBERGEMENT ET DE RESSOURCEMENT POUR FEMMES AUTOCHTONES ET LEURS FAMILLES	543 940	549 379
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTÉ	267 401	270 075
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUÉBEC (LA)	724 986	732 236
03-02799	MAISON DU COEUR POUR FEMMES	661 476	668 091
03-00154	MAISON HÉLÈNE LACROIX	693 919	700 858
03-00715	MAISON LA MONTÉE (LA)	679 363	686 157
03-01804	MAISON MARIE-FRÉDÉRIC	387 030	390 900
03-00504	MAISON MARIE-ROLLET	746 370	753 834
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	747 055	754 526
03-00022	MAISON RICHELIEU HÉBERGEMENT JEUNESSE SAINTE-FOY INC.	391 671	395 588
03-02513	MIREPI, MAISON D'HÉBERGEMENT INC.	728 962	736 252
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA À QUÉBEC (MIELS-QUÉBEC)	600 542	606 547
03-06236	SQUAT BASSE-VILLE (Gîte du Nomade)	223 456	225 691
	SOUS-TOTAL	**8 235 906**	**8 340 142**

Milieux de vie

03-06203	ALTERNATIVE JEUNESSE MONT-SAINTE-ANNE	51 257	51 770
03-06141	AMICALE ALFA DE QUÉBEC	59 537	60 132
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	567 168	572 840
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	220 979	223 189
03-03010	ASSOCIATION ALTI	95 855	96 814

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
03-01489	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE CHARLESBOURG	102 514	103 539
03-00146	ASSOCIATION Y.W.C.A. DE QUÉBEC	161 830	163 448
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUÉBEC) INC. (L')	197 409	199 383
03-06201	CABANON MAISON DES JEUNES DE LAC-BEAUPORT (LE)	75 433	76 187
03-06065	CAFÉ-RENCONTRE DU CENTRE-VILLE (QUÉBEC) INC.	74 366	75 110
03-06196	CENTRE CASA (1997)	157 482	159 057
03-00138	CENTRE COMMUNAUTAIRE L'AMITIÉ INC. (LE)	220 069	222 270
03-06075	CENTRE DE JOUR FEU VERT INC.	280 312	283 115
03-06096	CENTRE DE JOUR L'ENVOL INC.	108 122	109 203
03-03203	CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES LE RUCHER	239 142	241 533
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	189 906	191 805
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	189 906	232 372
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUÉBEC INC.	189 746	191 643
03-02041	CENTRE FEMMES D'AUJOURD'HUI	189 905	191 804
03-00144	CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES, QUÉBEC	189 835	191 733
03-06254	CENTRE MULTI-SERVICES 16-30 ANS LA SOURCE	48 441	48 925
03-03057	CENTRE RÉSIDENTIEL ET COMMUNAUTAIRE JACQUES-CARTIER (LE)	125 065	126 316
03-06256	CENTRE RESSOURCES POUR FEMMES DE BEAUPORT (CRFB)	189 155	191 047
03-06085	CENTRE SOCIAL DE LA CROIX BLANCHE (RÉGION DE QUÉBEC)	210 648	212 754
03-02055	CENTRE-FEMMES AUX PLURIELLES	190 761	192 669
03-00297	CORPORATION D'ANIMATION L'OUVRE-BOITE DU QUARTIER	230 374	232 678
03-06117	CORPORATION JEUNESSE L'ÉVASION L'ORMIER	72 531	73 256
03-06137	DEMI-LUNE	127 143	128 414
03-05189	ENTRAIDE DU FAUBOURG INC.	208 637	210 736
03-06228	ENVASIONS ST-PIE X (L')	206 792	208 860
03-06109	ÉVEIL CHARLEVOISIEN (L')	376 884	380 653
03-00852	FORUM-JEUNESSE CHARLEVOIX-OUEST	164 936	166 585
03-01883	G.A.P.I. GROUPE D'AIDE AUX PERSONNES IMPULSIVES (AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS)	338 036	341 416
03-01115	GROUPE ACTION-JEUNESSE DE CHARLEVOIX	199 710	201 707
03-03154	MAISON D'AIDE VILLA ST-LEONARD	160 518	162 123
03-00502	MAISON DE JOB	205 878	207 937
03-00982	MAISON D'ENTRAIDE L'ARC-EN-CIEL INC.	165 967	167 627
03-00318	MAISON DES JEUNES « LA MARGINALE » INC. (LA)	138 935	140 324
03-02102	MAISON DES JEUNES DE BEAUPORT EST	163 936	165 575
03-00768	MAISON DES JEUNES DE BEAUPORT OUEST	148 258	149 741
03-06127	MAISON DES JEUNES DE BOISCHATEL (LA)	96 876	97 845

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
03-01129	MAISON DES JEUNES DE CAP-ROUGE INC. (LA)	131 730	133 047
03-06128	MAISON DES JEUNES DE DUBERGER	72 620	73 346
03-00704	MAISON DES JEUNES DE L'ANCIENNE-LORETTE INC. (LA)	103 845	159 451
03-06189	MAISON DES JEUNES DE L'ILE D'ORLÉANS (LA)	109 276	110 369
03-06247	MAISON DES JEUNES DE NEUVILLE	51 257	51 770
03-06259	MAISON DES JEUNES DE NOTRE-DAME-DES-MONTS (LA)	51 257	51 770
03-03222	MAISON DES JEUNES DE PONT-ROUGE 125 INC. (LA)	73 128	73 859
03-02426	MAISON DES JEUNES DE SAINT-ANDRÉ DE NEUFCHÂTEL (LA)	72 617	73 343
03-03215	MAISON DES JEUNES DE SAINT-AUGUSTIN-DE-DESMAURES INC. (LA)	115 040	116 190
03-06306	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-BRIGITTE-DE-LAVAL	51 257	51 770
03-06126	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER	72 620	73 346
03-00811	MAISON DES JEUNES DE SILLERY INC. (LA)	84 164	85 006
03-06224	MAISON DES JEUNES DE ST-EMILE	51 257	51 770
03-06191	MAISON DES JEUNES DE ST-FERREOL-LES-NEIGES	83 512	84 347
03-06208	MAISON DES JEUNES DE ST-RAYMOND INC. (LA)	39 351	39 745
03-02416	MAISON DES JEUNES DE WENDAKE INC. (LA)	67 590	68 266
03-00767	MAISON DES JEUNES DU LAC SAINT-CHARLES INC.	103 453	104 488
03-00128	MAISON DES JEUNES DU QUARTIER ST-JEAN-BAPTISTE (LA)	153 772	155 310
03-00299	MAISON DES JEUNES LA PARENTHÈSE (LA)	129 837	131 135
03-06223	MAISON DES JEUNES L'ATOME	51 542	52 057
03-00464	MAISON DES JEUNES L'ENVOL DE SAINTE-FOY INC.	128 686	129 973
03-01999	MAISON DES JEUNES L'ESCAPADE DE VAL-BÉLAIR	145 566	147 022
03-00301	MAISON DES JEUNES L'EXODE DE LIMOILOU (LA)	121 874	123 093
03-02262	MAISON DES JEUNES L'INTÉGRALE INC. (LA)	193 236	195 168
03-06213	MAISON L'ÉCLAIRCIE	299 590	302 586
03-06070	MÈRES ET MONDE - CENTRE DE RESSOURCES POUR JEUNES MÈRES	46 646	47 112
03-02834	OEUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	218 862	221 051
03-06139	ORGANISATION QUÉBÉCOISE DES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER (1984) INC.	88 510	89 395
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITÉS VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	868 679	877 366
03-02381	PILIER JEUNESSE - MAISON DES JEUNES LES SAULES ET LEBOURGNEUF INC. (LA)	157 872	104 883
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUÉBEC INC.	200 279	202 282
03-03068	REGROUPEMENT ACTION PRÉVENTION JEUNESSE DES LAURENTIDES	103 135	104 166
03-00210	RELAIS D'ESPÉRANCE	81 292	82 105
03-06158	RELAIS LA CHAUMINE INC.	279 698	282 495
03-06161	RESIDENCE LE PORTAIL	257 986	260 566
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	67 975	68 655
03-05187	SERVICE AMICAL BASSE-VILLE INC.	208 637	210 730

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
03-06169	SERVICE D'ENTRAIDE L'ESPOIR (QUÉBEC)	108 051	109 132
03-06093	SOLIDARITÉ FAMILLES DUBERGER-LES SAULES	58 722	59 309
03-06068	TRAME D'ACTIONS ET D'INITIATIVES CONCERTÉES (T.R.A.I.C.) JEUNESSE	148 286	149 769
03-06004	TRIP JEUNESSE BEAUPORT	83 384	84 218
03-01536	UNITE DOMREMY DE CLERMONT INC.	51 257	51 770
03-00140	VIOL-SECOURS	372 360	376 084
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIÉTÉ	98 146	99 127
	SOUS-TOTAL	**13 366 449**	**13 399 129**

Activités spécifiques

03-05111	ACTION BÉNÉVOLE DE ST-BASILE INC.	5 550	5 606
03-02022	AIDE À LA COMMUNAUTÉ ET SERVICES À DOMICILE	48 413	48 901
03-06154	ALLIANCE DES GROUPES D'INTERVENTION POUR LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE (AGIR EN SANTÉ MENTALE)	71 565	72 281
03-06019	ARCHE L'ÉTOILE INC. (L')	439 504	443 899
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	79 016	79 806
03-06289	ASSOCIATION DES LARYNGECTOMISÉS DE QUÉBEC INC.	7 344	7 417
03-06288	ASSOCIATION DES SOURDS DE QUÉBEC INC.	11 986	12 106
03-06281	ATELIER DE LA MEZZANINE	155 698	157 255
03-06257	BARATTE (LA)	50 450	50 965
03-00038	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE DE QUÉBEC INC.	131 170	132 496
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC	2 468 511	2 493 196
03-06143	COMITÉ D'ACTION DES PERSONNES VIVANT DES SITUATIONS DE HANDICAP (CAPVISH) (LE)	90 803	91 711
03-06147	CONTACT-AÎNÉS (anciennement ÉCOUTE SECOURS)	21 659	0
03-06276	FONDATION DE LA GREFFE DE MOELLE OSSEUSE DE L'EST DU QUÉBEC	30 270	30 573
03-06015	FONDATION FÊTE D'ENFANT DÉDÉ INC.	20 519	20 724
03-06211	GRAND CHEMIN INC. (LE)	424 098	428 339
03-06315	PAVOIS (LE) DE LORETTEVILLE	111 656	112 773
03-06316	PAVOIS (LE) DE STE-FOY	152 662	154 189
03-06168	PETIT RÉPIT (LE)	36 406	36 770
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	1 140 954	1 152 363
03-01904	REGROUPEMENT DES AINES DE ST-EMILE	8 879	8 968
03-06150	REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE (PORTNEUF-QUEBEC-CHARLEVOIX)	18 359	18 543
03-06022	REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION 03	235 325	237 678
03-06216	REGROUPEMENT DES ORGANISMES DE PERSONNES HANDICAPÉES DE LA RÉGION 03 (ROP 03)	16 602	16 768
03-06041	REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC	55 143	55 694

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
03-05195	SERVICE D'ENTRAIDE BASSE-VILLE INC.	151 350	152 876
03-05186	SERVICE D'ENTRAIDE ROCAMADOUR	132 632	133 962
03-06164	SERVICE REGIONAL D'INTERPRETARIAT DE QUEBEC INC.	103 063	104 094
03-06052	SOCIÉTÉ GRAND VILLAGE INC. (LA)	9 646	9 742
03-06179	SOCIÉTÉ SAINT-VINCENT-DE-PAUL DE QUÉBEC (LA)	40 348	40 751
	SOUS-TOTAL	**6 264 031**	**6 565 211**
	TOTAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	**41 060 674**	**41 366 074**

AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
	Programme d'aide aux joueurs pathologiques		
03-06196	CENTRE CASA (1997)	75 357	75 718
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC	30 000	30 000
03-06211	GRAND CHEMIN INC. (LE)	41 990	12 237
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THÉRAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	31 496	31 817
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	54 511	55 067
	SOUS-TOTAL	**233 354**	**204 839**
	Programme de soutien communautaire en logement social		
03-06387	ACTION HABITATION DE QUÉBEC	43 350	43 784
03-00146	ASSOCIATION Y.W.C.A. DE QUÉBEC (PROJET LA GRANDE MARELLE)	41 990	56 210
03-03057	CENTRE RÉSIDENTIEL ET COMMUNAUTAIRE JACQUES-CARTIER		20 000
03-06396	CORPORATION AU PIED DES MONTS INC.	9 868	9 967
03-06389	CORPORATION DE LA RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES DE L'ANGE-GARDIEN - VILLA LES MÉSANGES (LA)	18 639	18 825
03-06395	HABITATIONS POPULAIRES SAINT-SACREMENT	57 015	57 585
03-06388	HABITATIONS VIVRE CHEZ-SOI	37 805	38 183
03-06392	MANOIR BOISCHATEL	26 316	12 120
03-06394	MANOIR DU MOULIN	18 639	0
03-06070	MÈRES ET MONDE CENTRE COMMUNAUTAIRE ET RÉSIDENTIEL PAR ET POUR JEUNES MÈRES		15 000

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
03-06391	OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION DE QUÉBEC	118 825	120 013
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE P.E.C.H. (SHERPA - CLÉS EN MAIN EN 2015-16)	41 990	58 610
03-06393	RÉSIDENCES ROC-AMADOUR	36 183	36 545
	SOUS-TOTAL	**450 620**	**486 842**
	Programme de subventions de projets en matière de sécurité alimentaire		
03-06093	SOLIDARITÉ FAMILLES DUBERGER–LES-SAULES	18 000	8 300
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	11 500	11 500
03-06397	CENTRE LOCAL DE DÉVELOPPEMENT DE CHARLEVOIX-EST	23 000	23 000
03-06399	CRAQUE-BITUME	22 400	22 400
03-06324	CUISINE COLLECTIVE BEAUPORT	7 000	7 000
03-06402	CENTRE COMMUNAUTAIRE JEAN-GUY DROLET	23 000	23 000
03-06400	PATRO DE CHARLESBOURG	23 000	23 000
03-01803	MOISSON QUÉBEC	0	39 158
03-06383	PIGNON BLEU (LE)	0	2 718
03-06382	BOUCHÉE GÉNÉREUSE (LA)	0	2 718
03-06384	CARREFOUR F.M. PORTNEUF	23 000	25 718
03-06350	SERVICE ALIMENTAIRE ET AIDE BUDGÉTAIRE DE CHARLEVOIX-EST (SAAB)	0	2 718
	SOUS-TOTAL	**150 900**	**191 230**
	Autres programmes – hors PSOC		
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	84 677	85 524
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	177 704	179 480
03-06270	ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	106 822	107 890
03-06129	C.E.R.F. VOLANT DE PORTNEUF INC.	3 460	3 495
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC	176 841	308 609
03-06076	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE (CPSQ)	168 372	170 056
03-06381	ENTREPRISE DE FORMATION DIMENSIONS	241 155	243 567
03-06272	ÉQUITRAVAIL	201 080	100 540
03-06109	ÉVEIL CHARLEVOISIEN (L')	83 020	83 850
03-02632	MAISON DE LA FAMILLE D.A.C. (DROIT D'ACCÈS CHARLESBOURG)	18 453	18 638
03-06372	MAISON DE LA FAMILLE D.V.S. (LA)	86 498	87 363
03-06045	MAISON DE LA FAMILLE DE CHARLEVOIX	2 308	2 331
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTÉ	142 722	144 149

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ÉCOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	65 720	66 377
03-06124	PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES JEFFERY HALE (LES)	8 863	8 952
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITÉS VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	47 193	47 665
03-03261	POINT DE REPERES (1990)	6 672	6 739
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	840 992	849 403
03-06373	SERVICE FAMILIAL D'ACCOMPAGNEMENT SUPERVISE	4 612	4 658
03-06242	SERVICES DE MAIN-D'ŒUVRE L'APPUI INC. (LES)	115 899	117 058
03-06238	VERGER, CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE (LE)	65 720	66 377
03-00140	VIOL-SECOURS	71 635	72 351
	SOUS-TOTAL	**2 817 918**	**2 775 072**
	GRAND TOTAL PSOC ET AUTRES PROGRAMMES DE FINANCEMENT	**41 060 674**	**45 024 057**

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
Violence, abus et négligence envers les enfants et troubles de comportement des jeunes			
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUÉBEC) INC. (L')	15 602	15 761
	SOUS-TOTAL	**15 602**	**15 761**
Violence faite aux femmes en milieu familial			
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUÉBEC (LA)	12 508	12 636
03-02513	MIREPI, MAISON D'HÉBERGEMENT INC.	12 508	12 636
03-06283	TABLE DE CONCERTATION EN VIOLENCE DE CHARLEVOIX	12 508	0
03-06246	TABLE DE CONCERTATION EN VIOLENCE CONJUGALE ET FAMILIALE DE PORTNEUF		12 636
	SOUS-TOTAL	**37 524**	**37 908**
Toxicomanie			
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIÉTÉ	21 105	21 320
	SOUS-TOTAL	**21 105**	**21 320**
Tabagisme			
03-06386	CENTRE SOLIDARITÉ JEUNESSE	0	20 466
03-06385	FADOQ- RÉGIONS DE QUÉBEC ET CHAUDIÈRE-APPALACHES	0	47 668
	SOUS-TOTAL	**0**	**68 134**
Santé mentale			
03-06230	FOLIE/CULTURE INC.	65 956	66 629
	SOUS-TOTAL	**65 956**	**66 629**
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées			
03-00637	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE CHARLEVOIX	2 754	2 782
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	3 956	3 995
03-06124	LES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES JEFFERY HALE	20 400	20 608
03-06085	FADOQ- RÉGIONS DE QUÉBEC ET CHAUDIÈRE-APPALACHES	56 948	57 529
03-05193	FRATERNITÉ SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	13 770	13 910
	SOUS-TOTAL	**97 828**	**98 824**

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2014-2015 $	Subvention accordée 2015-2016 $
Lutte à la pauvreté			
03-06384	CARREFOUR F.M. PORTNEUF	13 849	13 990
	CENTRAIDE QUÉBEC CHAUDIÈRE-APPALACHES (fiduciaire)	16 152	0
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	15 727	15 887
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	17 735	17 916
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	40 157	0
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUÉBEC INC.	32 084	32 411
	CONFÉRENCE RÉGIONALE DES ÉLUS (CRÉ)	33 866	0
03-06186	G.R.I.S. - QUÉBEC	7 320	7 395
03-06200	SERVICE D'AIDE A L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	44 559	45 014
	SOUS-TOTAL	**221 449**	**132 613**
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)			
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUÉBEC INC.	46 441	46 915
03-02834	OEUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	46 441	46 915
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA À QUÉBEC (MIELS-QUÉBEC)	104 067	105 128
03-03261	POINT DE REPÈRES (1990)	331 408	371 945
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUÉBEC INC.	126 776	129 223
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUÉBEC INC.	0	5 292
	SOUS-TOTAL	**655 133**	**705 418**
	GRAND TOTAL PSPAR	**1 114 597**	**1 146 607**

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Les organismes communautaires financés doivent déposer au CIUSSS de la Capitale-Nationale leurs documents de reddition de comptes dans les trois mois suivant la fin de leur année financière. Parmi ces documents se trouvent le rapport financier, présentant un niveau de vérification comptable adéquat et le montant versé, comme précisé dans le document La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale, ainsi qu'un rapport d'activité détaillé. Les deux documents doivent avoir été préalablement présentés dans le cadre d'une assemblée générale annuelle de l'organisme.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale s'assure de la reddition de comptes des organismes communautaires en émettant les avis suivants, le cas échéant :

- Un rappel des obligations de dépôt de reddition de comptes est fait le lendemain de la fin de l'année financière de l'organisme ;
- Deux semaines après la date d'échéance du dépôt de la reddition de comptes, l'organisme reçoit un avis de retard par courriel ;
- Un mois après le dernier avis, dans la mesure où aucune entente n'a été prise, l'organisme reçoit un avis de suspension de ses versements par courriel et par courrier recommandé.

Le suivi de la reddition de comptes des organismes financés par des programmes autres que le PSOC est sous la responsabilité des directions concernées.

ANNEXE I : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec	**POLITIQUE**
	Code : PO-
	Direction responsable : Direction des affaires juridiques et institutionnelles Approuvée par : N/A
	Approuvée *(ou adoptée)* au comité de direction le : N/A
	Adopté par le conseil d'administration le : **8 mars 2016** Résolution no : **CA-CIUSSS-2016-03[90]-08**
	Entrée en vigueur le : Cette politique annule la politique no :
TITRE :	**Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration**

CONSULTATIONS	□ Cadres :
□ Conseil des infirmières et infirmiers :	□ Autres :
□ Conseil multidisciplinaire :	Comité de gouvernance et d'éthique
□ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :	

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 3

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES 3

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 6

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS 9

Section 4 — APPLICATION 10

Annexe I – Engagement et affirmation du membre 16

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance 17

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre 18

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général 19

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts 20

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts 21

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen 22

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.

- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).

- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).

- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).

- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres proposé par le Ministère et approuvé par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt : Désigne tout intérêt notamment de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

LSSSS : *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

Membre : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Un individu qui fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[1].

Renseignements confidentiels : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique lorsque ce dernier le juge nécessaire et au moins tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

---

[1] BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.*
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la

vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci à le faire.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de

l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;

b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;

c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;

d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;

e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration annuellement les intérêts pécuniaires qu'il détient dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V et ce, dès qu'il prend connaissance de l'existence de cet intérêt.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent è l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre du conseil qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou , sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur est soigné ou reçoit des services de l'établissement pour lequel il siège au conseil d'administration.

Section 4 – APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les trente (30) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les trente (30) jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif;*

b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes, dont au moins un membre du comité de gouvernance et d'éthique. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut également être composé de ressources autres ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :
a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
c) faire des recommandations au comité de gouvernance et d'éthique sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;
b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;

c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Je, soussigné(e), _____*[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé(e) par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date *[aaaa-mm-jj]*	Lieu
_____	_____	
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné(e), _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale due aux faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____	_____	_____
Signature	Date *[aaaa-mm-jj]*	Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :*

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____
_____
_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié(e) par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature Date *[aaaa-mm-jj]* Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :*

_____

_____

_____

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____

_____

_____

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date *[aaaa-mm-jj]*	Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné(e), _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____	_____	_____
Signature	Date *[aaaa-mm-jj]*	Lieu

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts

Je soussigné(e), _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

_____	_____	_____
Signature	Date *[aaaa-mm-jj]*	Lieu

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné(e), _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

_____	_____	_____
Signature	Date *[aaaa-mm-jj]*	Lieu

ANNEXE II : SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS

Précision no 3 aux É/F - partie 2-Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

		Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 3	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6	Notes
CONTRIBUTIONS DE TIERS:								
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX	414 274	414 274	XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:								
CSSSC - Fondation HLM, HBSP, Carmel Roy, AEE	2	2 455 505		119 143	391 027	2 183 621	271 884	
CSSSC - Club optimiste	3	506				506	0	
IRDPQ - Fondation Élan	4	195 353		36 924	59 379	172 898	22 455	
IUSMQ - Fondation Robert Giffard	5	44 258				44 258	0	
IUSMQ - CPNSSS	6	569 328			21 915	547 413	21 915	
IUSMQ - Caisse Pop. Vieux Moulin	7	3 663			349	3 314	349	
IUSMQ - Université Laval	8	1 598 459			152 108	1 446 351	152 108	
IUSMQ - CRUV	9	39 354			1 124	38 230	1 124	
IUSMQ - Fondation IUSMQ	10	671 667			29 852	641 815	29 852	
IUSMQ - INSPQ	11	4 326			167	4 159	167	
IUSMQ - Soeurs de la Charité de Québec	12	181 069			8 066	173 003	8 066	
IUSMQ - Fondation Canadienne Innovation	13	410 304			48 233	362 071	48 233	
IUSMQ - Fonds de recherche IUSMQ	14	795 335		1 414 478	155 230	2 054 583	(1 259 248)	
IUSMQ - FRSQ	15	8 627			1 288	7 339	1 288	
IUSMQ - CHA	16	141 344				141 344	0	
IUSMQ - GAZ METRO	17	218 750			8 750	210 000	8 750	
IUSMQ - HOFFMAN LAROCHE	18	19 493			1 695	17 798	1 695	
IUSMQ - CPE CLÉ DE SOL	19	225 616				225 616	0	
IUSMQ - CTRE SPIRITUALITÉ CAP-NATIONALE	20	2 114				2 114	0	
IUSMQ - REVENUS REPORTÉS COUP DE POUCE AUX AINÉES	21			672		672	(672)	
IUSMQ - CHU de Québec	22			312 633	10 912	301 721	(301 721)	
JHSB - Destinations spéciales	23	1 534 950	(171 481)	96 896	59 620	1 400 745	(37 276)	
...	24							
Autres (préciser)	25	40 828		1 000	19 907	21 921	18 907	28
TOTAL (L.01 à L.25)	26	9 160 849	(171 481)	2 396 020	1 383 896	10 001 492	(1 012 124)	
DOTATIONS								
Capital	27							
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:								
IUSMQ - ACTIVITÉS STATIONNEMENT	29	90 000				90 000	0	
...	30							
...	31							
...	32							
...	33							
Autres (préciser)	34	513 846		26 644	89 836	450 654	63 192	29
TOTAL (L.27 à L.34)	35	603 846		26 644	89 836	540 654	63 192	
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	9 764 695	(171 481)	2 422 664	1 473 732	10 542 146	(948 932)	
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:								
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	265 162	(98 035)	479 886	451 308	195 687	(28 560)	
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38							
Fonds Immobilisations (P294)	39	9 499 533	(73 446)	1 942 796	1 022 426	10 346 459	(920 372)	
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	9 764 695	(171 481)	2 422 664	1 473 732	10 542 146	(948 932)	

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LFRG-2016.1.0 — Révisée: 2014-2015

Timbre valideur: **2016-06-14 10:42:47** — Rapport V 1.0

NOTES CONCERNANT LA PAGE 292 DU RAPPORT FINANCIER AS-471

28	**Page 292, ligne 25**	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
	CH St-Raymond		9 429			9 429		9 429
	Club Lions		2 400		1 000	3 400		2 400
	HRP		173			173		173
	Fonds d'accomodation IUSMQ		28 826		0	6 905	21 921	6 905
	Total		**40 828**	**0**	**1 000**	**19 907**	**21 921**	**18 907**

29	**Page 292, ligne 34**	C1	C2	C3	C4	C5	C6
	Fondation SSSP	513 846		26 644	89 836	450 654	63 192

ANNEXE III : NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS

1. CONSTITUTION ET MISSION

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (ci-après désigné *Établissement*, est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) le 1er avril 2015.

L'Établissement est issu de la fusion des établissements suivants : l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale, du CSSS de Québec-Nord, du CSSS de Portneuf, du CSSS de Charlevoix, du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, du Centre de réadaptation en dépendance de Québec, du Centre jeunesse de Québec, de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. L'Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's, établissement regroupé au CIUSSS de la Capitale-Nationale, continue d'exister au sens juridique et préserve son entité légale. L'Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's a également un statut de corporation propriétaire. Considérant qu'il n'est pas possible d'évaluer, au prix d'un effort raisonnable, la valeur des actifs appartenant à la corporation et celle des actifs appartenant au CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'ensemble des actifs et des passifs immobiliers de l'Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's a été comptabilisé dans les présents états financiers. Relativement à ces actifs, il est important de noter que le risque inhérent est assumé par le CIUSSS de la Capitale-Nationale, puisqu'il a la responsabilité de leur maintien, de leur entretien et de l'obligation de les assurer. Au cours des prochains mois, après discussion avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, une entente sera signée entre le CIUSSS de la Capitale-Nationale et la corporation propriétaire afin de clarifier les responsabilités quant à la jouissance et au maintien des actifs. Enfin, précisions que l'Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's et le CIUSSS de la Capitale-Nationale sont régis par le même conseil d'administration.

Ces fusions et ce regroupement ont été exécutés comme stipulé dans la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales qui a pris effet le 1er avril 2015. Par conséquent, tous les actifs et les passifs de ces anciens établissements et ceux de l'Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's, ainsi que tous les droits et les obligations qui s'y rattachaient, ont été regroupés à leur valeur comptable dans les présents états financiers.

Le 29 novembre 2015, le CHU de Québec–Université Laval et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec–Université Laval ont cédé les activités suivantes au CIUSSS de la Capitale-Nationale : une partie du programme en santé physique, le programme en santé mentale, tant pour les adultes que pour les enfants, incluant les urgences psychiatriques, de même que le programme pour les personnes âgées. De plus, des équipes de liaison de première ligne couvrant les salles d'urgence et les unités de soins ont été transférées. Certains actifs non financiers liés au fonctionnement des activités ont été cédés et sont présentés au fonds d'immobilisation à leur valeur comptable.

Les données comparatives au 31 mars 2015 représentent le cumul des activités après élimination des opérations entre les entités fusionnées, sauf celles liées aux cessions partielles d'activités. Même si la présentation des données comparatives n'est pas requise lors d'une fusion d'entités, ces données ont néanmoins été présentées à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception de celles des pages 650, 660, 320 et 351 du rapport financier annuel AS-471. Cependant, elles n'ont pas été auditées. L'Établissement, qui se trouve au cœur d'un réseau territorial de services (RTS), a pour mandat :

- D'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique ;
- D'assumer une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire ;
- De veiller à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions, et ce, en fonction des besoins de la population et des réalités territoriales ;
- De conclure des ententes avec les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques-réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

Le siège social de l'Établissement est situé au 2915, avenue du Bourg-Royal, Québec (Québec) G1C 3S2.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu au Québec ni au Canada.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

RÉFÉRENTIEL COMPTABLE

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'Établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, comme prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux normes comptables canadiennes pour le secteur public à l'exception de :

- Les immeubles loués à la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'Établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public, sauf pour l'élément mentionné ci-dessus.

UTILISATION D'ESTIMATIONS

La préparation du rapport financier AS-471, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction de l'Établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'Établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

ÉTAT DES GAINS ET PERTES DE RÉÉVALUATION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détient pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même loi.

Néanmoins, l'Établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères. La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

COMPTABILITÉ D'EXERCICE

L'Établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou à un décaissement.

PÉRIMÈTRE COMPTABLE ET MÉTHODES DE CONSOLIDATION

Le périmètre comptable de l'Établissement comprend toutes les opérations, les activités et les ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie.

La description des biens détenus en fiducie gérés par l'Établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

REVENUS

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont respectées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si l'entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

REVENUS PROVENANT DES USAGERS

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

AUTRES REVENUS

Les sommes reçues par don, legs ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou le Gouvernement du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

CHARGES

Les charges sont comptabilisées dans l'exercice financier au cours duquel les biens sont consommés ou les services sont rendus. Elles comprennent donc, notamment, l'amortissement annuel du coût des immobilisations.

SALAIRES, AVANTAGES SOCIAUX ET CHARGES SOCIALES

Les charges relatives aux salaires, aux avantages sociaux et aux charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

DÉPENSES DE TRANSFERT

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

INSTRUMENTS FINANCIERS

Les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués à la juste valeur.

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs et les placements de portefeuille, et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des instruments financiers dérivés.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer et les dettes à long terme, et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire, le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés respectivement à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux créditeurs et aux autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

Dettes subventionnées par le Gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

PASSIF AU TITRE DES SITES CONTAMINÉS

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont remplies :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse ;
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ;
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés ;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'Établissement comptabilise une subvention à recevoir du Secrétariat du Conseil du trésor pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existant au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2015-2016. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux.

Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'aide de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier des trois dernières années. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2016 et des taux horaires prévus en 2016-2017. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activité concernés.

Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2016-2017. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activité concernés.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'Établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice à ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2016 et la rémunération versée pour l'exercice 2016-2017, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activité concernés.

IMMOBILISATIONS

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagement des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Selon la durée du bail ou de l'entente

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme que le bien est amorti, à l'exception des contributions reçues destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

FRAIS PAYÉS D'AVANCE

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'exercice financier pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

STOCKS DE FOURNITURES

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

AUTRES MÉTHODES

Comptabilité par fonds

Aux fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'Établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, au passif au titre des sites contaminés, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'Établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces montants déficitaires.

Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'Établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'Établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'Établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services liés à la mission de l'Établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux ;

- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas liées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activité

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activité.

Chacun des centres d'activité regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activité sont subdivisés en sous-centre d'activité.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activité donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activité. Elle représente un coût unitaire lié aux coûts directs nets ajustés, soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

3. MODIFICATIONS COMPTABLES

Pour l'exercice 2015-2016, le MSSS n'a recommandé aucune modification comptable. L'Établissement n'a pas révisé des estimations comptables ou corrigé des erreurs importantes dans les états financiers des exercices antérieurs.

4. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'Établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2016, l'Établissement a respecté cette obligation légale.

5. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette), aux pages 200 et 206 respectivement, et ce, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations, sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Étant donné que le conseil d'administration de l'Établissement n'était pas légalement constitué à la date prévue d'adoption du budget initial de l'exercice 2015-2016, le budget a été adopté par le président-directeur général de l'Établissement qui possédait les droits nécessaires à cette fin.

La cession de certaines activités du CHU de Québec–Université Laval et de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et leur prise en charge par l'Établissement en date du 29 novembre 2015 sont les éléments qui ont eu pour effet de modifier le budget initial de façon importante au cours de l'exercice, soit une somme globale de 23,3 millions de dollars.

6. INSTRUMENTS FINANCIERS

IMPACTS SUR LES ÉTATS FINANCIERS

L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas présenté.

AMORTISSEMENT DES FRAIS REPORTÉS LIÉS AUX DETTES

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que les normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

7. PLACEMENTS TEMPORAIRES

La nature des placements temporaires, le coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectif moyens pondérés ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631-00 du rapport financier annuel AS-471.

8. AUTRES DÉBITEURS

La nature des autres débiteurs est précisée à la page 630-00 du rapport financier annuel AS-471.

9. PLACEMENTS DE PORTEFEUILLE

La nature des placements de portefeuille, y compris les prêts et les avances, la valeur comptable, le cours du marché, les dates d'échéance, les taux de rendement effectif minimum et maximum, les provisions pour moins-values, l'échéancier des remboursements des prêts et des avances sont présentés aux pages 632-00 à 632-02 du rapport financier annuel AS-471.

L'Établissement ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

10. AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIFS

La nature des autres éléments d'actifs est précisée aux pages 360-00 et 400-00 du rapport financier annuel AS-471.

11. EMPRUNTS TEMPORAIRES

La nature des emprunts temporaires contractés auprès de parties apparentées, y compris le taux d'intérêt moyen pondéré, est présentée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'Établissement a également des emprunts temporaires conclus avec des parties apparentées, dont les principales conditions sont : les montants maximums autorisés correspondent aux montants autorisés par le PCFI, PCEM et PCENM ; les taux d'intérêt correspondent à la moyenne des taux des acceptations bancaires canadiennes pour un mois, majoré de 0,05 % ; le taux s'est situé entre 0,736 % et 0,998 % pour l'exercice 2015-2016 ; ces derniers comprennent des intérêts capitalisés et des intérêts non capitalisables remboursés par le MSSS ; l'échéance est à court terme et est entièrement financé ou remboursé par le MSSS ; la partie inutilisée est reportée à l'exercice suivant.

12. AUTRES CRÉDITEURS

La nature des autres créditeurs est précisée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

13. DETTES À LONG TERME

	Exercice courant $	Exercice précédent $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 16 755 643 $, au taux effectif de 2,3352 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 137 719 $, échéant en 2018.	15 103 012	15 929 328
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 16 564 889 $, au taux effectif de 3,0580 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 110 433 $, échéant en 2024	15 902 294	16 564 889
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 686 701 $, au taux effectif de 2,2144 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 10 338 $, échéant en 2018.	2 438 584	2 562 642
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 134 555 $, au taux effectif de 3,1770 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 9 775 $, échéant en 2024.	2 017 254	2 134 555
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 547 872 $, au taux effectif de 2,9440 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 910 $, échéant en 2024.	2 445 957	2 547 872
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 11 517 623 $, au taux effectif de 2 2169 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 46 380 $, échéant en 2019.	10 404 511	10 961 067
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 269 351 $, au taux effectif de 2,9960 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 7 565 $, échéant en 2025.	2 178 577	2 269 351
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 8 049 736 $, au taux effectif de 2,2500 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 29 905 $, échéant en 2018.	7 332 017	7 690 877
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 115 368 $, au taux effectif de 2,0810 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 4 784 $, échéant en 2018.	1 000 548	1 057 958
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 015 853 $, au taux effectif de 2,9440 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 3 386 $, échéant en 2024.	975 219	1 015 853
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 13 146 608 $, au taux effectif de 2,3306 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 55 533 $, échéant en 2018.	12 084 008	12 750 408
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 3 328 107 $, au taux effectif de 2,1413 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 17 033 $, échéant en 2019.	3 123 713	3 328 107
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 248 894 $, au taux effectif de 2,9960 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 7 496 $, échéant en 2024.	2 158 939	2 248 895
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 872 150 $, au taux effectif de 2,9040 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 13 297 $, échéant en 2024.	2 712 586	2 872 150

Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 5 208 090 $, au taux effectif de 2,0789 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 20 627 $, échéant en 2018.	4 713 047	4 960 568
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 4 334 485 $, au taux effectif de 2,9440 %, garanti par 20 867 $, échéant en 2024.	4 084 082	4 334 485
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 815 574 $, au taux effectif de 2,9040 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 3 776 $, échéant en 2024.	770 264	815 574
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 716 809 $, au taux effectif de 2,1268 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 9 766 $, échéant en 2018.	1 482 426	1 599 617
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de11 005 895 $, au taux effectif de 2,3306 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 41 160 $, échéant en 2018.	10 018 050	10 511 973
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 7 604 379 $, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 39 388 $, échéant en 2026.	7 300 204	7 604 379
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 193 455 $, au taux effectif de 2,6660 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 12 432 $, échéant en 2023.	1 044 273	1 193 455
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 518 535 $, au taux effectif de 2,1351 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 10 334 $, échéant en 2018.	2 270 524	2 934 529
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 8 513 408 $, au taux effectif de 2,1351 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 115 017 $, échéant en 2018.	5 753 007	7 133 207
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 10 923 996 $, au taux effectif de 1,9910 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 68 485 $, échéant en 2018.	9 280 365	10 102 181
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2,7820 $, au taux effectif de 2,7820 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 7 878 $, échéant en 2021.	472 653	567 184
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 999 664 $, au taux effectif de 3,2710 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 8 770 $, échéant en 2024.	1 894 418	1 999 664
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 7 813 205 $, au taux effectif de 1,6960 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 153 626 $, échéant en 2018.	5 969 698	7 813 205
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 6 834 774 $, au taux effectif de 1,2060 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 112 490 $, échéant en 2020.	6 159 835	6 834 774
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 3 511 390 $, au taux effectif de 2,9440 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 11 705 $, échéant en 2024.	3 370 935	3 511 390
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 1 142 712 $, au taux effectif de 2,8790 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 10 581 $, échéant en 2024.	1 015 744	1 142 712

Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 3 911 864 $, au taux effectif de 2,9040 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 20 317 $, échéant en 2024.	3 668 064	3 911 864
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 4 417 745 $, au taux effectif de 2,9040 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 22 970 $, échéant en 2024.	4 142 110	4 417 745
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 12 897 935 $, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 85 986 $, échéant en 2026.	12 897 935	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 6 6 612 104 $, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 56 955 $, échéant en 2016.	6 612 104	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 14 851 656$, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 101 773 $, échéant en 2026.	14 851 656	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 2 340 250 $, au taux effectif de 2,3112 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 15 602 $, échéant en 2025.	2 340 250	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 4 112 367 $, au taux effectif de 2,3112 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 27 416 $, échéant en 2025.	4 112 367	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 1 258 763 $, au taux effectif de 1,9336 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 8 392 $, échéant en 2025.	1 258 763	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 7 828 555 $, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 52 190 $, échéant en 2026.	7 828 555	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 11 816 521 $, au taux effectif de 2,4780 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 39 388 $, échéant en 2026.	11 816 521	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 83 470 020 $, au taux effectif de 1,9700 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 993 691 $, échéant en 2023.	83 470 020	0
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 497 371 $, au taux effectif de 1,9336 %, garanti par le gouvernement, remboursable par mensualité de 1 658 $, échéant en 2016.	497 371	0
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec à un taux variant de 1,7725 % à 9,82 %, garantis par le gouvernement, remboursables mensuellement par versement de 6 098 882 $, échéant entre 2015 et 2034.	211 355 681	244 957 292
Obligations découlant de contrats de location-acquisition, remboursables par versements mensuels de 1 424 $, échéant en 2023.	115 818	130 063
Emprunt à taux fixe de 2,28 %, remboursable par mensualité de 10 362 $.	1 535 163	0
Emprunt à taux fixe de 2,28 %, remboursable par mensualité de 5 456 $.	808 327	0
Emprunt à taux fixe de 2,87 %, remboursable par mensualité de 9 317 $.	111 805	220 307

Emprunt garanti par hypothèque remboursable par versements mensuels de 6 813 $, au taux de 3,63 %.	430 334	482 837
Emprunt garanti par hypothèque remboursable par versements mensuels de 3 790 $, au taux de 3,43 %.	26 450	29 719
Emprunt garanti par hypothèque remboursable par versements mensuels de 14 026 $, au taux de 5,65 %.	1 219 326	1 368 381
TOTAL	**514 575 363**	**411 971 056**

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2016, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	$
2016-2017	**106 243 105**
2017-2018	**57 306 233**
2018-2019	**153 422 281**
2019-2020	**46 360 080**
2020-2021	**21 260 778**
2021-2022 et subséquents	
TOTAL	**384 592 477**

14. PASSIF AU TITRE DES SITES CONTAMINÉS

L'Établissement est responsable de décontaminer un terrain qu'il a vendu en 2008 nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite d'un déversement de mazout.

À cet égard, un montant de 268 750 a été comptabilisé à titre de passif au titre des sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2016 (268 750 au 31 mars 2015). Ce montant est basé sur un plan de réhabilitation avec ingénierie détaillée.

L'Établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

Il prévoit réaliser des travaux de 268 750 au cours du prochain exercice.

15. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les principales hypothèses utilisées sont :

Pour les provisions relatives aux congés de maladie années courantes et de vacances	Exercice courant %	Exercice précédent %
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,5	0
Inflation	1	1
Accumulation des congés de vacances et de maladie pour les salariés	9,43	9,43
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65	8,65

	Exercice courant Solde au début $	Exercice courant Charge de l'exercice $	Exercice courant Montants versés $	Exercice courant Solde à la fin $	Exercice précédent Solde à la fin $
Provision pour vacances	89 071 036	120 188 955	118 818 105	90 441 886	89 071 036
Assurance salaire	13 318 277	25 863 990	25 745 014	13 437 253	13 318 277
Provision pour maladie	3 520 175	775 087	732 058	3 563 204	3 520 175
Droits parentaux	647 695	3 088 799	3 111 714	624 780	647 695
Allocation rétention hors-cadre	2 957	0	0	2 957	2 957
TOTAL	**106 560 140**	**149 916 831**	**148 406 893**	**108 070 080**	**106 560 140**

16. AUTRES ÉLÉMENTS DE PASSIFS

La nature des autres éléments de passifs est précisée aux pages 361-00 et 401-00 du rapport financier annuel AS-471.

17. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et les développements en cours, les immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par l'entremise d'ententes de partenariat public-privé et la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux pages 420-00 à 423-00 du rapport financier annuel AS-471.

18. AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées aux pages 289-00 et 289-01 du rapport financier annuel AS-471.

19. INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Les informations relatives à l'état des flux de trésorerie sont présentées aux pages 208-01 et 208-02 du rapport financier AS-471.

20. GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'Établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

RISQUE DE CRÉDIT

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'Établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs ainsi que la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant $	Exercice précédent $
Encaisse (découvert bancaire)	109 944 702	107 000 600
Placements temporaires	3 682 623	21 995 104
Débiteurs MSSS	62 576 512	70 495 606
Autres débiteurs	26 683 302	21 856 847
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	358 167 038	313 759 710
Placements de portefeuille	0	0
TOTAL	**561 324 953**	**535 107 867**

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'Établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2016, ces actifs financiers étaient investis dans des certificats de dépôt et dépôts à terme. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible, puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le Gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers.

Le risque de crédit lié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, du Gouvernement du Canada et des différentes fondations partenaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'Établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une

provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2016, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 23 % pour le présent exercice et, pour l'exercice antérieur, 29 % du montant total recouvrable.

La chronologie des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses, se détaille comme suit au 31 mars 2016 :

	Exercice courant $	Exercice précédent $
Autres débiteurs non en souffrance	18 127 981	13 749 181
Autres débiteurs en souffrance		
Moins de 30 jours	1 905 887	2 637 448
De 30 à 59 jours	1 729 703	1 728 204
De 60 à 89 jours	751 263	707 952
De 90 jours et plus	7 538 130	5 566 623
Sous-total	11 924 983	10 640 227
Provision pour créances douteuses	4 155 108	3 318 748
Sous-total	7 769 873	7 321 479
TOTAL DES AUTRES DÉBITEURS	**25 897 856**	**21 070 660**

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant $	Exercice précédent $
Solde au début de la provision pour créances douteuses	3 318 748 $	3 356 092 $
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	1 172 420 $	689 550 $
Montants recouvrés	336 060 $	726 894 $
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	4 155 108 $	3 318 748 $

L'Établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

De plus, l'article 269 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou de contributions d'autres formes que celles octroyées par le Gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues. Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2016, l'Établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi.

RISQUE DE LIQUIDITÉ

Le risque de liquidité est le risque que l'Établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'Établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'Établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit à taux flottant sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont principalement des échéances dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant $	Exercice précédent $
De moins de 6 mois	122 306 512	114 964 945
De 6 mois à 1 an :	-	-
De 1 à 3 ans :	-	-
De 3 à 5 ans :	-	-
De plus de 5 ans :	-	-
TOTAL DES AUTRES CRÉDITEURS	**122 306 512**	**114 964 945**

RISQUE DE MARCHÉ

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'Établissement n'est exposé qu'au risque de taux d'intérêt.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'Établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant $	Exercice précédent $
Emprunts temporaires	186 261 997	337 168 640
Dettes à long terme	514 575 363	411 971 056

Du montant des emprunts temporaires totalisant 186 261 997 $, un montant de 168 134 483 $ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + ,05 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Une somme de 18 127 514 $ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont au taux des acceptations bancaires de 1,17 %, incluant une prime de 0,30 %. Conformément à l'entente avec l'institution financière, ils sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt et l'Établissement ne gère pas activement ce risque.

L'Établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'Établissement n'est pas exposé à ce risque.

21. OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES

L'Établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le Gouvernement du Québec ou soumises à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'Établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

22. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale
Québec